



Disponível em: <http://www.florence-nightingale.co.uk>

Há uma relação entre o cuidar e a paz nas nossas vidas pessoais, e no mundo. A luz e o ritual são metáforas e símbolos para a enfermagem imaginar outro modo, para além do moderno, acerca de como as coisas podem ser. É o ritual e a luz que podem criar um caminho para reconectar a enfermagem com o seu passado-presente-futuro. Se alguma imagem atravessa a história da enfermagem, é a luz da lâmpada de Nightingale, irradiando o significado da luz da enfermagem e energia para o mundo. (WATSON, 2002).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E SOCIEDADE**

ANA ROSETE MAIA

**ENFERMAGEM EM TEMPOS DE TUBERCULOSE:
PADRÕES DE CONHECIMENTO DE CUIDADO DE UMA ÉPOCA (1943-1960)**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

ANA ROSETE MAIA

**ENFERMAGEM EM SANTA CATARINA EM TEMPOS DE TUBERCULOSE:
PADRÕES DE CONHECIMENTO DE CUIDADO DE UMA ÉPOCA (1943-1960)**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

M217e Maia, Ana Rosete

Enfermagem em Santa Catarina em tempos de tuberculose
[tese] : padrões de conhecimento de cuidado de uma
época (1943-1960) / Ana Rosete Maia ; orientadora,
Miriam Susskind Borenstein. - Florianópolis, SC : 2009.
208f. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. História
de enfermagem. I. Borenstein, Miriam Süsskind.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

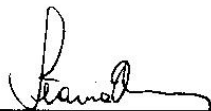
ANA ROSETE MAIA

**ENFERMAGEM EM SANTA CATARINA EM TEMPOS DE TUBERCULOSE:
PADRÕES DE CONHECIMENTO DE CUIDADO DE UMA ÉPOCA (1943-1963)**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

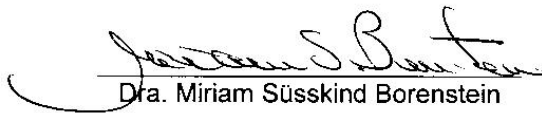
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 31 de julho de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

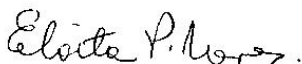


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



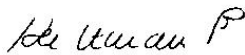
Dra. Miriam Süsskind Borenstein
- Presidente -



Dra. Eloita Pereira Neves
- Membro -



Dr. Mauro Leonardo S. Caldeira dos Santos
- Membro -



Dra. Helena Heidtmann Vaghetti
- Membro -



Dra. Atacoque Lorenzini Erdmann
- Membro -



Dra. Maria Nayra Padilha
- Membro -



Dra. Evangelia K. Atherino dos Santos
- Suplente -

Dedico este estudo aos dois grandes amores de minha vida, Jerônimo (marido) e Eduardo (filho), por terem sido presença e amor, cuidado e dedicação e serem a razão de meu viver. ...

MEUS AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido presença e experiência de amor incondicional em todos os momentos de meu viver e em especial nesta caminhada ...

Ao meu pai Brasilêncio (in memória) e a minha mãe Noemia, exemplos de cuidado e amor, obrigado pelo incentivo constante na busca do conhecimento e por terem me ensinado que nada tem sentido se não for realizado com ética, amor e respeito ao outro.

Ao meu tio Jorge (in memória) pelo incentivo aos estudos e por ter sempre me lembrado que a liberdade e o poder das mulheres nascia do saber /conhecimento e do cuidado de si, obrigado por suas idéias visionárias e modernas para um homem de seu tempo

Ao meu irmão Cláudio e a sua família Isabela, Diríeh, Mí Hyan por terem compartilhado comigo as dificuldades e terem encontrado soluções , ajuda e suporte as situações de enfrentamento e cuidado em meu processo de viver .

À Profa. Dra. Maria Itayra Padilha por sua amizade, sensibilidade e competência profissional, pois ao compartilhar seu saber tornou possível concluir este estudo. Meu agradecimento especial, por seu apoio e generosidade.

À minha orientadora Profa. Dra. Miriam Borenstein pela amizade, competência profissional e apoio nos momentos difíceis da realização deste estudo. Obrigada por sua tolerância, sensibilidade e respeito aos meus momentos de dificuldade e fragilidade.

Aos membros da Banca de Qualificação do Projeto de Tese,, Profa.Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Profa.Dra. Joana Maria Pedro, Profa. Dra Eloita Pereira Neves e Profa. Dra. Flávia Ramos pelas contribuições para o desenvolvimento desta tese.

Aos membros da Banca Examinadora Profa Dra Eloita Neves, Prof. Dr. . Mauro Leonardo Caldeira dos Santos, Profa.Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Profa. Dra. Maria Itayra Padilha, Profa. Dra. Evangelia Kotzias dos Santos, Profa. Dra. Helena Vaggetti, por aceitarem compor a banca e avaliar este estudo e participar deste momento de construção do conhecimento.

À Universidade Federal de Santa Catarina que me liberou de minhas atividades acadêmicas, para que eu pudesse desenvolver este estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de realização deste Curso de Doutorado e por ter contribuído para minha formação profissional.

À chefia do Departamento de Enfermagem, pelo apoio e atenção em todos os momentos deste estudo.

Aos professores do Curso de Doutorado, pela experiência, competência e sensibilidade no compartilhar conhecimentos e saberes.

À Direção do Hospital Nereu Ramos, por ter oportunizado a realização deste estudo.

À Sandra Moreira, Gerente de Recursos Humanos do Hospital Nereu Ramos, pelas informações preciosas, disponibilidade e incentivo para a realização deste estudo

A todas as pessoas entrevistadas, que tornarem possível a realização deste estudo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFSC, Cida, Odete, Neide e bolsistas pelo apoio e atenção.

À Claudía, pela atenção e solícitude em todos os momentos do Curso de Doutorado e nos momentos finais de concretização deste estudo.

À querida amiga e colega Vitória Peters Gregório pelo apoio e presença em todos os momentos de realização deste estudo. Obrigada por seu sorriso e amizade por afagarem minha alma e mostrarem o real sentido do cuidado e da presença solidária.

À amiga e colega Rosângela Fenilli por sua amizade, atenção, sensibilidade e incentivo, ao me fazer acreditar na concretização deste estudo.

Às amigas Maria Emília, Fátima Zampieri, Odaléa, Roseli, Edilza, Margarete Martins, Angela Ghiorzi, Ana Maria Farias e Betina Meirelles, pela palavra amiga e de incentivo a este trabalho.

Às colegas da turma de doutorado 2005, em especial Francisca, Helena, Rosângela, Silvana, Sandra e Magda pela amizade, companheirismo e oportunidade de compartilhar saberes/sensibilidades de nosso processo de viver.

Ao GEHCES e seus membros, pela oportunidade e troca de saberes e pelo exercício de convivência em grupo.

Aos colegas de sala de trabalho, Gelson, Denise e Jorge, pela convivência harmônica e amizade.

À amiga Áurea Maria Randi, pela amizade e solidariedade em muitos momentos do meu processo de viver.

À querida amiga Luzia dos Santos, que esteve comigo em todos os momentos deste doutorado com sua sensibilidade e criatividade contribuiu para que a arte do belo e do artístico estivesse presente nas apresentações de meus trabalhos e artigos. Sua amizade, solicitude e presença serão sempre uma lembrança a ser guardada dentro do meu coração. Obrigada por nunca me deixar só e eu ter a certeza de sempre poder contar com sua atenção e sensibilidade nos momentos difíceis desta caminhada acadêmica

À amiga Asela, pela amizade, apoio e sensibilidade nos momentos de interação e harmonização, e fortalecimento do meu ser pela energia do Reiki.

Aos amigos da SERTE, por terem me cuidado e confortado nos momentos mais difíceis desta caminhada... Obrigado pelo amor fraterno e incondicional e por tornarem o processo de healing de meu ser um caminho para a alegria, a fé, a esperança e a possibilidade do encontro de meu poder vital.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este estudo se concretizasse. Muito obrigada a todos e a todas.

“Viver é sempre dizer aos outros que eles são importantes. Que nós os amamos, porque um dia eles se vão e ficaremos com a impressão de que não os amamos o suficiente.” (Chico Xavier [Tiago Leite])

MAIA, Ana Rosete. **Enfermagem em Santa Catarina em tempos de Tuberculose: Padrões de Conhecimento de Cuidado de uma Época (1943-1960)**. 2009. 208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina Florianópolis, 2009.

Orientadora Dra. Miriam Süsskind Borenstein

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Na enfermagem, o cuidado humano se profissionaliza-se através dos tempos, sua interpretação de uma arte, passou a característica de ciência e, mais recentemente, como arte-ciência entremeada por um aspecto fortemente humanístico, incorporando várias dimensões e padrões de conhecimento nas situações de cuidado de enfermagem. Ao desvelarmos o saber – fazer das práticas de cuidado, estamos contribuindo para trazer luzes para a própria história da enfermagem, enquanto profissão construída nos serviços de saúde. O objetivo geral deste estudo foi historicizar os padrões de conhecimento do cuidado de enfermagem desenvolvidos por trabalhadores de enfermagem no cuidado de pacientes acometidos pela tuberculose, no Hospital Nereu Ramos, de 1943 a 1960. O Referencial Teórico fundamentou-se nos padrões de conhecimento desenvolvidos por Carper (1978), Munhall (1993), White (1995) e Maia (2007). A metodologia do estudo é qualitativa de abordagem sócio-histórica, fundamentada na Nova História, utilizou-se o recurso da história oral como método-fonte-técnica. As fontes orais do estudo foram doze trabalhadores. A coleta de dados usou a entrevista semiestruturada. O estudo atendeu a Resolução 196/96 CNS e a aprovação no CEP/UFSC 337/07 que dispõe sobre diretrizes éticas em pesquisa, envolvendo seres humanos. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo temática de Minayo (2004). Destacamos os padrões de conhecimento ético, estético e empírico como predominantes no desenvolvimento da prática e do cuidado de enfermagem, no período histórico deste estudo. O padrão de conhecimento ético mostrava-se alicerçado em valores humanos e de religiosidade cristã, em que o dever, a abnegação, a obediência e a moral da época orientavam as atitudes e os comportamentos dos trabalhadores. A prática do cuidado de enfermagem era conduzida por valores humanistas/cristãos, fundamentados em uma filosofia ética da responsabilidade e em uma ética feminina de cuidar, onde o diálogo, o encontro e a solidariedade permeavam as relações de cuidado. O padrão de conhecimento estético expressava sensibilidade, beleza, sentidos e significados, constituindo-se em uma experiência de cuidar criativa e participativa. Ao mesmo tempo, a expressão estética do cuidado apresentava valores culturais, religiosos e sociais ao desenvolver atividades com o objetivo de dinamizar o cotidiano dos pacientes. O padrão de conhecimento empírico de cuidado apresentava-se através de um saber - fazer adquirido na experiência prática de cuidar, em um saber compartilhado pelas Irmãs da Divina Providência e os trabalhadores mais ou menos treinados, sendo fortemente influenciado e subordinado pelo saber médico. A prática do cuidar caminhava junto ao conhecimento médico, às novas tecnologias e às terapêuticas utilizadas no tratamento da tuberculose. A tese proposta para este estudo foi

confirmada demonstrando que o cuidado de enfermagem realizado pelos trabalhadores de enfermagem aos pacientes acometidos pela tuberculose no Hospital Nereu Ramos nas décadas de 40 a 60, contemplava padrões de conhecimento de enfermagem e era ancorado nos paradigmas da ciência do cuidado da época.

Palavras- chave: Enfermagem. Padrões de Conhecimento Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. História de Enfermagem

MAIA, Ana Rosete. **Nursing in Santa Catarina in Tuberculosis Times.** Patterns of Knowing of care of epoch (1943-1960). 2009. 208 f. PhD Dissertation in Nursing. Postgraduate Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientation: Dr. Miriam Süsskind Borenstein
Research Line: History in Nursing and Health

ABSTRACT

The human care in nursing gets professional through times, its interpretation passed from art to science characteristic and, more recently, as an art-science intermixed with a strongly humanistic aspect, incorporating various dimensions and patterns of knowledge in situations of nursing care. When we unveil the know-how of care practices, we are contributing to bring light to the nursing history itself, while profession constructed on health services. The general purpose of this study was to historicize the nursing patterns of knowing of care developed by nursing staff while caring for patients attacked by tuberculosis at Nereu Ramos Hospital, from 1943 to 1960. The theoretic framework was based on the nursing patterns of knowing developed by Carper (1978), Munhall (1993), White (1995) and Maia (2007). The study methodology is qualitative under a socio-historical approach based on the New History; oral history was used as method date- source-technique. The oral sources of the study were twelve workers. The data collection used the semi-structured interview. The study followed the Resolution 196/96 CNS and was approved by CEP/UFSC 337/07 that disposes about ethical rules for research involving human beings. The data were analyzed through the thematic content analysis proposed by Minayo (2004). The ethical, esthetical and empirical patterns of Knowing were emphasized as predominating in the development of nursing care practice during historical period of this study. The ethical Knowing was founded on human values and Christian religiosity, duty, abnegation, obedience and moral of that time directed behavior and attitudes of those workers. The nursing care practice was guided by Christian/humanistic values based on ethical philosophy of responsibility and on feminine ethics of care in which dialog, encounter and solidarity permeated the care relationships. Esthetical pattern of knowing expressed sensitivity, beauty, senses and meaning that transformed care in a creative and participative experience. At the same time, the esthetical expression of care presented cultural, religious and social values while performing activities that intend to make patients' daily lives more dynamic. The empirical pattern of knowing resulted through a know-how acquired during the caring practice based on knowledge shared by Sisters of Divine Providence and workers more or less trained, being strongly influenced by and subordinated to the medicine pattern of knowing. The nursing care practice went along with the medicine patterns, with new technologies and with therapies used in the treatment of tuberculosis. The proposed thesis for this study was confirmed thus demonstrating that nursing care performed by the nursing staff to patients attacked by tuberculosis at Nereu Ramos Hospital in 40th and 60th decades contemplated nursing patterns of knowing which followed and was anchored the caring science paradigms of that time.

Keywords: Nursing. Patterns of knowing. Nursing. Nursing care. History of Nursing.

MAIA, Ana Rosete. **La Enfermería en Santa Catarina en Tiempos de Tuberculosis:** Patrones de Conocimiento del cuidado de una Época (1943-1960). 2009. 208 f. Tesis (doctorado en Enfermería) Programa de Postgrado en Enfermería Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Línea de Investigación: Historia en Enfermería y Salud

RESUMEN

En la enfermería, el cuidado humano se profesionaliza a través del tiempo. De su interpretación del cuidado como un arte pasó a adquirir la característica de ciencia, y recientemente, de arte-ciencia, permeada por un fuerte aspecto humanista, al incorporar varias dimensiones y patrones de conocimiento en las situaciones de cuidado de enfermería. Al develar el saber-hacer de las prácticas de cuidado, estamos contribuyendo para iluminar la propia historia de la enfermería como una profesión construida en los servicios de salud. El objetivo general de este estudio fue historiar los patrones de conocimiento del cuidado de enfermería desarrollados por los trabajadores de enfermería en el cuidado de pacientes afectados por la Tuberculosis en el Hospital Nereu Ramos, de 1943 a 1960. El Marco Teórico se fundamentó en los patrones de conocimiento desarrollados por Carper (1978), Munhall (1993), White (1995) y Maia (2007). La metodología del estudio es cualitativa, con abordaje socio-histórico fundamentado en la Nueva Historia, utilizando el recurso de la historia oral como método-fuente-técnica. Doce trabajadores constituyeron las fuentes orales del estudio. La recolección de la información fue mediante entrevista semi-estructurada. El estudio atendió la Resolución 196/96 CNS y recibió aprobación del CEP/UFSC 337/07 que determina sobre las normas éticas en investigación con seres humanos. Los datos fueron analizados a través del análisis de contenido temático de Minayo (2004). Destacamos los patrones de conocimiento ético, estético y empírico como predominantes en el desarrollo de la práctica y del cuidado de enfermería en el período histórico considerado en el presente estudio. El patrón de conocimiento ético se mostraba cimentado en valores humanos y de religiosidad cristiana, en que el deber, la abnegación, la obediencia y la moral de la época orientaban las actitudes y comportamientos de los trabajadores. La práctica del cuidado de enfermería era conducida por valores humanistas/cristianos basados en una filosofía ética de la responsabilidad y en una ética femenina de cuidar, donde el diálogo, el encuentro y la solidaridad permeaban las relaciones de cuidado. El patrón de conocimiento estético expresaba sensibilidad, belleza, sentidos y significados, constituyéndose en una experiencia de cuidar creativa y participativa. Al mismo tiempo, la expresión estética del cuidado presentaba valores culturales, religiosos y sociales al desenvolver actividades con el objetivo de dinamizar el cotidiano de los pacientes. El patrón de conocimiento empírico de cuidado se presentaba a través de un saber-hacer adquirido en la experiencia práctica de cuidar, en un saber compartido por las hermanas de la Divina Providencia y los trabajadores más o menos entrenados, siendo ese saber muy influenciado y subordinado por el saber médico. La práctica de cuidar caminaba junto al conocimiento médico, las nuevas tecnologías y terapéuticas utilizadas en el tratamiento de la Tuberculosis. La tesis propuesta para este estudio fue confirmada demostrando que el cuidado de enfermería realizado por los trabajadores de enfermería a los pacientes afectados por la Tuberculosis en el Hospital Nereu Ramos, en las décadas de cuarenta y sesenta, incorporaba patrones

de conocimiento de enfermería y estaba anclado en los paradigmas de la ciencia del cuidado de la época.

Palabras Clave: Enfermería. Patrones de Conocimiento de Enfermería. Cuidado de Enfermería. Historia de Enfermería

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospital Nereu Ramos.	95
Figura 2 – Gruta do Hospital Nereu Ramos.....	95
Figura 3 – Vista aérea do Hospital Nereu Ramos.	95
Figura 4 – Trabalhadora de Enfermagem da Década de 40.....	101
Figura 5 – Trabalhador no Cuidado em Tuberculose na Década de 40.	101
Figura 6 – Trabalhadoras de Enfermagem.....	104
Figura 7 – Passeio dia de lazer das Trabalhadoras e Irmãs na Década de 40.	119
Figura 8 – Festa de São João do HNR na Década de 40.	120
Figura 9 – Trabalhadora de Enfermagem e Paciente	120

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO	16
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO.....	21
2 O ESTADO DA CIÊNCIA E DA ARTE DO CUIDADO	27
2.1 O CUIDADO COMO ACONTECIMENTO HISTÓRICO.....	27
2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA PRÁTICA COMO UM ACONTECIMENTO NA HISTÓRIA	32
2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO NA TUBERCULOSE COMO ACONTECIMENTO HISTÓRICO	35
2.4 O CUIDADO HUMANO COMO ACONTECIMENTO FILOSÓFICO	39
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	50
3.1 PADRÕES DE CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM.....	50
4 METODOLOGIA	64
4.1 TIPO DE ESTUDO	64
4.2 A HISTÓRIA ORAL	68
4.3 O CONTEXTO E AS FONTES DO ESTUDO.....	72
4.4 AS FONTES ORAIS E A COLETA DE DADOS	72
4.4 CUIDADOS ÉTICOS	79
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	81
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	84
5.1 HOSPITAL NEREU RAMOS: CENÁRIO DESTA HISTÓRIA	84
5.1.1 O Brasil em tempos de tuberculose	84
5.1.2 Florianópolis em tempos de tuberculose: o Hospital Nereu Ramos	88
5.2 TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL NEREU RAMOS 1940- 1960	101
5.3 A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	115
5.4 AS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL NEREU RAMOS (1940-1960).....	119
6 PADRÕES DE CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM... ILUMINANDO O CUIDADO EM TUBERCULOSE... MEMÓRIAS DE TRABALHADORES (1943- 1960)	124
6.1 O PADRÃO DE CONHECIMENTO ÉTICO DE CUIDADO.....	125
6.2 PADRÃO DE CONHECIMENTO ESTÉTICO DE CUIDADO.....	146
6.3 PADRÃO DE CONHECIMENTO EMPIRICO DE CUIDADO.....	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175
APÊNDICES	191
ANEXOS	206

É necessário encontrar as vozes da sensibilidade e da intuição que dão a Enfermagem as chaves de seu trabalho, permitindo-lhe se interrogar sobre o que fazem e o que é necessário ao nível da consciente imbricação entre ação e conhecimento. (COLLIERE, 2001).

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO

A vinculação histórica da enfermagem com o tema cuidado tem uma longa trajetória, entretanto, somente nas últimas décadas vem merecendo a atenção por parte dos estudiosos, pesquisadores e teóricos da enfermagem, objetivando clarificar, desenvolver e compreender o significado deste conceito, bem como a forma como se construiu e se constituiu através dos tempos.

Para Reverby (1987) o fenômeno do cuidado não é somente uma experiência subjetiva e material. Ele é historicamente construído, sendo que circunstâncias particulares, ideologias e relações de poder criam as condições sob as quais o cuidado pode ocorrer, as formas que assumirá e as conseqüências que terá sobre aqueles que o realizam e recebem.

Leininger (1991) lembra que antes da revolução tecnológica na área da saúde, enfermeiras eram bastante ocupadas “cuidando” de pacientes. As “habilidades” eram o foco da enfermagem. A meta era prestar um “bom cuidado”. Entretanto, não se aprendia sobre princípios científicos de cuidar/cuidado, tampouco conceitos. Cuidar parecia algo natural. A natureza do cuidar e o prestar um bom cuidado não eram investigados. A experiência era buscada, assim como o conhecimento, nos livros e achados médicos. Hoje, constata-se a necessidade de explorar o fenômeno do cuidar-cuidado, ampliando os estudos, as investigações e as discussões a respeito.

Na enfermagem, o cuidado humano profissionaliza-se através dos tempos, sua interpretação de uma arte passou à característica de ciência e mais recentemente como uma arte-ciência, entremeada por um aspecto fortemente humanístico. Portanto, rejeita-se a idéia de a enfermagem ser uma ciência formal ou uma ciência puramente biológica. A enfermagem integra as dimensões da arte e constitui uma ciência humanística. (LEININGER, 1991; WATSON, 1985). Já Marta Rogers (MADRID; BARRET, 1994) utilizou o termo arte científica. É importante ressaltar que isto não significa abolir aspectos das demais ciências. Ao contrário, sua magnitude traduz-se justamente em tentar a integralidade das várias dimensões de conhecimento. Esta visão vem ao encontro do que é mencionado por Carper (1978), ao descrever os padrões de conhecimento na enfermagem, a saber: o ético, o componente do conhecimento moral na enfermagem; o estético, a arte de

enfermagem; o conhecimento pessoal em enfermagem (o uso terapêutico do eu) e o conhecimento empírico, a ciência da enfermagem. Cada um dos padrões descritos por Carper é igualmente necessário, sendo que cada um dos padrões de conhecimento contribui como um componente essencial para a prática de enfermagem. Autores como Munhall (1993); White (1995); Chinn; Kramer(1988) ampliam o estudo de Carper e afirmam, juntas, que os padrões de conhecimento providenciam uma base conceptual para a compreensão dos diferentes caminhos do conhecimento na enfermagem. Estes padrões facilitam a exploração da prática de enfermagem para enfatizar/salientar o entendimento dos escritos da história da enfermagem moderna. Além disto, oportunizam analisar as contribuições das enfermeiras do passado em termos de domínio social e político e o contexto filosófico de seu tempo, bem como capacitam as enfermeiras para delinear/traçar uma compreensão de como o cumulativo e acelerado conhecimento desenvolvido contribuiu para a disciplina de enfermagem. (WHITE, 1995, p. 75)

Meleis (1998), refere que o momento exige reflexão sobre onde nossos teóricos, metateóricos e cientistas deveriam aplicar suas energias; é hora para novas visões em relação ao desenvolvimento do conhecimento, com a premissa de que à aquisição e o uso do conhecimento evolui a partir da prática, através da integração teoria - pesquisa e prática.

A revisão histórica do cuidar e do cuidado, está associada ao cuidado com a saúde. Na afirmação de Leininger (1990, p. 19) “o cuidado é o “*explanadum*” para a saúde e bem estar”. Watson (1988) combina o cuidado e “*healing*”¹ em uma conexão causal e refere-se repetidamente a “*care-healing*”. Os princípios de Benner (1984) especificamente ligam o cuidado com a saúde e o bem estar.

A questão essencial da disciplina de enfermagem para Newman, “tem algo a ver com o como as enfermeiras facilitam o cuidado dos seres humanos” e propõe a pergunta: Qual é a qualidade do relacionamento que torna possível para o enfermeiro e paciente unirem-se de modo transformador? Para a autora, o foco para a enfermagem é o estudo do cuidado na experiência de saúde humana, enfatizando que o corpo de conhecimentos de enfermagem, nesta experiência é o cuidado. Portanto, as tarefas de investigação de enfermagem consistem em examinar e

¹ Healing – é um processo experiencial de troca de energia entre o cuidador e o ser cuidado durante a relação de cuidado, através de um cuidado nutritivo, restaurador, transformador e participativo/consciente que busca a integralidade do ser. (MAIA, 1998, p.144)

explicar o significado do cuidado na experiência de saúde humana, para verificar a adequação deste foco para a disciplina, e em examinar as questões filosóficas e científicas provocadas pela afirmação deste foco. (NEWMAN 1990, p.234).

Ao considerarmos o cuidado como o foco e essência da enfermagem e a contribuição dele para a sociedade, temos a certeza que este fenômeno precisa ser estudado em suas múltiplas dimensões para se construir um corpo de conhecimentos de suas práticas de cuidado de enfermagem, contextualizado e desvelado nos seus aspectos históricos, políticos, sociais, culturais e espirituais, entre outros. Pois só assim a enfermagem reconhecer-se-á como uma profissão com conhecimentos substantivos fundamentando sua prática de cuidados, podendo tornar-se uma disciplina distinta com contribuição única no mundo.

Acreditamos que devemos investigar o cuidado e suas práticas, símbolos, significados e meios de intervenção, bem como aguçar o olhar e a reflexão, a fim de proporcionar caminhos que cuidem mais e melhor do ser que cuida e de quem é cuidado. Para tanto, precisamos nos reconhecer na história de nossas práticas de cuidado através de todos os momentos históricos, buscando luzes, significados ou muitas vezes, ressignificar fatos, fenômenos e atos de nosso cotidiano da prática do cuidado, e encontrar, nesta viagem no tempo, nos fios e nos traços da memória, o sentido do nosso fazer e ser profissional.

Para Barreira (1999), os estudos históricos interessam sobremaneira à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da autoestima coletiva e a tarefa de reconstrução da identidade profissional. Assim, o desvelamento da realidade mediante o estudo da História da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão e suas práticas de cuidar. Faz-se, portanto, cada vez mais necessário realizar estudos sobre a história da enfermagem e do cuidado em diferentes contextos e períodos.

Na sociedade brasileira, a trajetória da enfermagem vivenciou diversos momentos da vida do país, os quais resultaram do jogo de forças políticas, econômicas e ideológicas, que também configuraram a organização sanitária de cada época, e que não se estruturaram apenas para atender às necessidades da população, mas resultaram da concorrência entre vários grupos sociais que formam o sistema produtivo e que apresentavam demandas divergentes entre si. Para tanto, também é necessário compreender que se a enfermagem, enquanto prática social é

condicionada pelo contexto onde atua, ela também exerce influência na sociedade em que se insere, segundo as forças sociais em jogo no campo da saúde. Além disto, sobre as determinações históricas recorta-se a ação coletiva de homens e mulheres e a ação de pessoas que ocupam posições estratégicas, em dado momento ou situação, pois a aceitação de que o indivíduo só pode atuar dentro das condições determinadas pela organização econômica da sociedade e pelo poder político não elimina a força de certas personalidades nem a imprevisibilidade das opções individuais. (BARREIRA, 1999, p. 90)

É preciso reconhecer, na história de enfermagem, o modo de inserção dos enfermeiros no mundo do trabalho, considerando as subjetividades relacionadas ao processo de formação e as suas vivências e experiências de seu ser e fazer profissional, contemplados em sua historicidade, enquanto profissão detentora de um saber dominado pelas mulheres desde suas origens (religiosas, militares e leigas), defrontando-se com relações de poder-saber nos diversos tempos e contextos da história.

Para D'Antonio (1999), ao revisar a história da enfermagem, encontramos uma história de mulheres que independente de questões de gênero e raça manifestaram organização e poder, demonstrando também uma contradição de mulheres com poder, que foram estigmatizadas. A enfermagem, na visão de Reverby (1987), desenvolveu, em seu interior uma ideologia de “dever” de uma lógica de vocação, amor e altruísmo – a antítese de autonomia argumenta que os enfermeiros têm sido historicamente ordenados para o cuidado numa sociedade que refuta o valor do cuidado, e que teremos mais visibilidade com mais estudos históricos que resgatem a nossa tradição de cuidado. Também para Nelson (2002) os historiadores de enfermagem têm que marcar presença, participar de Conferências de História, não apenas de enfermagem, mas da saúde de um modo geral, entrando no debate acerca da enfermagem e saúde, recolocando-a na história.

No Brasil, o estudo de Kletemberg et al. (2006) sobre a produção da pesquisa histórica vinculada a programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, de 1972 a 2004, define que a mesma vêm contemplando cinco categorias: o olhar da história sobre a identidade profissional do enfermeiro brasileiro, sobre as escolas de enfermagem, sobre as especialidades da enfermagem, sobre as instituições da enfermagem e sobre as entidades organizativas da enfermagem. O maior

quantitativo de pesquisas concentra-se nas especialidades que têm como objetos de estudo as relações de poder, as relações de gênero, o saber, a profissionalização e a institucionalização da enfermagem. As autoras enfatizam a necessidade de fortalecimento e maior produção de estudos históricos que venham responder a problemática contemporânea da construção profissional e do conhecimento/saber de sua prática de cuidar.

Destacamos os estudos de Miranda (1987; 1990), Kirschbaum (1994), Padilha (1997), Vaghetti (1999), Borenstein (2000), Mancia (2007), Guedes (2007) e Koerich (2008). A contribuição destes estudos aponta luzes sobre a história da saúde e da enfermagem a partir da década de 80, oportunizando, em uma perspectiva historiográfica, compreender a enfermagem como parte de um processo histórico social, cultural, político e educacional. Percebe-se, no entanto, que ainda são poucos os estudos históricos que problematizam o interior das práticas de cuidado na enfermagem e suas relações de poder-saber e seus discursos de verdade.

Borenstein (2000) refere que, quando se busca conhecer como a enfermagem era exercida no início do século passado no Estado de Santa Catarina e do seu desenvolvimento inicial nos hospitais da capital (Florianópolis), o que existe são pequenos fragmentos, esparsos escritos em poucos livros, relatórios, livros de atas, entre outros. Mais difícil ainda é encontrar documentos que registrem como era exercida a enfermagem e por quem, como se davam as relações de poder no espaço hospitalar, desde os primórdios da colonização açoriana (séc. XVIII) na capital, até a segunda metade do século passado.

Na atualidade, temos como contribuição outro estudo de Borenstein (2000) em que historicizou o cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis – de 1953 a 1968. O estudo de Canassa (2005) historicizou as memórias de parteiras: a formação, os saberes e as relações de poder estabelecidas na Maternidade Carmela Dutra de 1968 a 1994, O estudo de Guedes (2007) historicizou as memórias de profissionais de enfermagem do Hospital Nereu Ramos, em tempos de AIDS (1986). E o estudo de Koerich (2008) historicizou o Hospital Colônia Santana e as reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971). Estes estudos têm sua importância, pois desvelaram os bastidores da enfermagem enquanto profissão e prática de cuidado detentora de saber e poder e de um discurso de verdade da época.

Ao propor no presente estudo, a pesquisa sobre a ontologia e a epistemologia do cuidado e suas práticas, ou seja, como era o cuidado realizado e por quem era exercido, acredito ser necessário resgatar um pouco minha trajetória profissional na enfermagem, enquanto docente e enfermeira assistencial, buscando refletir e ressignificar o meu caminhar compreensivo na experiência de ser enfermeira.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE ESTUDO

Em minha trajetória profissional, enquanto enfermeira vivenciei momentos que me possibilitaram cuidar de indivíduos em situações limites de exclusão ou reclusão social, ou seja, cuidar de portadores de doenças psiquiátricas, infecto contagiosas ou transmissíveis como hanseníase, tuberculose e AIDS, entre outras. Estas situações, a todo instante levavam-me a refletir e buscar uma conscientização do sentido de ser enfermeira e cuidadora em minha passagem pelo mundo. Estes momentos refletiam os limites e as contradições do ser e do não ser, da vida e da morte, o porquê de estar naquele contexto na instituição, atuando como cuidadora nestas situações saúde - doença. Percebo que todos os momentos desta minha trajetória contribuíram para o meu crescimento profissional e humano, tornando-me sensível quanto à importância do cuidado de enfermagem para com estes indivíduos e aos profissionais que deles cuidam.

Em busca do aprimoramento profissional, em 1986, ingressei no Mestrado em Enfermagem, onde tomei conhecimento das Teorias de Cuidado e Autocuidado, participando de grupos de estudos, realizando minha dissertação de mestrado, intitulada: "Competência do Indivíduo Hipertenso para o Auto Cuidado à Saúde", onde estudei os níveis de desenvolvimento cognitivo e as visões de mundo do indivíduo com hipertensão arterial na tomada de decisão para o autocuidado de saúde e o desenvolvimento de habilidades para este autocuidado.

Em 1995, inseri-me no Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C), onde foram realizados estudos, pesquisas, debates, discussões sobre os significados do cuidar/cuidado como essência da prática da enfermagem, o que resultou em muitas produções de pesquisa relacionadas ao desenvolvimento teórico

e filosófico do cuidado e de tecnologias inovadoras de cuidado, o que me motivou a escolher o cuidado como tema de estudos e pesquisas e de buscar a participação em eventos de temáticas relacionadas ao cuidado de enfermagem.

Nos anos de 2002 a 2003, participei, como pesquisadora, do projeto de pesquisa “Avaliação das Práticas de Cuidado de Profissionais de Saúde em Serviços Hospitalares de Santa Catarina², o qual objetivou desenvolver, através de um programa colaborativo de pesquisas, uma avaliação das práticas de cuidado de profissionais de saúde em serviços hospitalares, buscando identificar a percepção das formas de cuidado e de não cuidado/violência, que ocorrem no processo de cuidar entre profissionais de saúde e usuários do sistema, e dirigentes e usuários. Concluiu-se, com esta pesquisa que as práticas de não cuidado e violência acontecem no cotidiano das relações e inter-relações do processo de cuidar entre os envolvidos neste processo.

Esta parceria de pesquisa proporcionou-me participar de mais um grupo de pesquisa, o Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE), o que me ajudou a compreender a interface das práticas de cuidado e construção a histórica do conhecimento de enfermagem.

Muitas inquietações surgiram a respeito da questão do poder e suas relações no cotidiano das práticas de cuidado, bem como todas as questões éticas e bioéticas advindas desta prática. Neste sentido, busquei aprofundamento, freqüentando como aluna especial, a disciplina do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC, Ética e Bioética, ministrada pela Dra Flávia Ramos, onde foram estudados os Fundamentos Teóricos Filosóficos do Poder, na visão de Michel Foucault, o que me proporcionou uma compreensão das formas de como o poder se constrói e se ramifica/capilariza, suas redes e tramas e sua relação com a ética, ou seja, são as relações dos indivíduos com eles mesmos, a organização da existência. A estética da existência.

Enquanto participante do GEHCES passei a conhecer e participar dos estudos do grupo e, em especial do Projeto de Pesquisa coordenado pela doutora Míriam Susskind Borenstein, intitulado “Enfermagem em Santa Catarina de 1940 a 2000 – 60 anos de História”, com financiamento do CNPq, o qual objetivava construir

² Este projeto foi coordenado pela Dra. Maria Itayra Padilha, financiado pelo MCT/CNPQ, desenvolvido em parceria entre o Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando(PIP C&C) e o Grupo de Estudos da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GECHES).

a história da profissão da enfermagem, a partir dos serviços de saúde, criada a partir da década de 40 no Estado, sendo que, num primeiro momento, passaram a ser estudados os hospitais considerados de exclusão social³.

Mais uma vez, os fios da história de minha trajetória profissional se encontram, motivando-me a realizar esta tese de doutorado, escolhendo o Hospital Nereu Ramos, construído em 1943, para tratar de doenças infectocontagiosas, focalizando como pano de fundo para este estudo, o cuidado e as práticas de cuidado em tuberculose, por ser esta patologia, no período de 1940 a 1960, o motivo de 60 % das internações neste hospital. (LIZ; FEUERSCHUETTE, 2001). Nesse sentido, minha experiência no cuidado de indivíduos portadores de doenças transmissíveis e os estudos sobre o cuidado e as práticas de cuidado que venho realizando, me proporcionaram condições teóricas e materiais, aliadas à curiosidade científica e a motivação pessoal para realizar este estudo.

A tuberculose foi uma doença que incitou tanto os estudiosos – médicos, juristas, administradores, escritores de ficção como pesquisadores em geral. Enfermidade mortal, que no século XX foi responsabilizada por cerca de um bilhão de mortes, a “tísica” favoreceu na linha histórica, a elaboração de um campo conceitual próprio que foi estendido aos seus tributários, promoveu sucessivos conflitos de perspectivas e interesses, resultando no mosaico de interpretações sobre a doença e o doente. O olhar cauteloso instruído pela tuberculofovia imperante, em especial, na primeira metade do século passado, esquadrinhava o tecido social, comprazendo-se em reconhecer os tísicos e, de imediato, acusar os doentes da macabra tarefa de disseminação proposital do germe da morte. (BERTOLLI, 1993)

Por outro lado, a tuberculose, enquanto patologia apresenta grande conteúdo histórico-social e vem sendo pouco estudada em nossa realidade, com estudos que resgatem a participação da enfermagem, no cuidado e nas práticas de cuidado usadas na luta e no enfrentamento da doença, o papel e a função das instituições de saúde, o discurso sobre as políticas oficiais de saúde, entre outros. É importante, também, trazer luzes para a própria história da enfermagem, enquanto profissão construída nos serviços de saúde de Santa Catarina, nos tempos da epidemia de tuberculose.

³ Atual IPQ - antigo Hospital Colônia Santana e o Hospital Colônia Santa Tereza, atual Hospital de Dermatologia Sanitária.

Em meu cotidiano, enquanto enfermeira assistencial no Hospital Nereu Ramos, ainda na década de 90, percebia na dinâmica deste hospital, que ainda guardava resquícios de uma prática de cuidado em doenças infectocontagiosas, permeada por disciplina, vigilância e controle social, ou seja, o poder da exclusão e discriminação era real, era alimentado pelo imaginário social, criando fantasias, preconceitos e normas, impondo limites aos doentes e nutrindo um olhar silencioso e vigilante aos profissionais cuidadores. Este era um tempo do surgimento de uma outra “metáfora”, a AIDS, que também fez ressurgir novamente a tuberculose, associada a esta doença, também emergente e grave, apesar de toda a terapêutica disponível.

Os estudos de Borenstein (2004) sobre a história do Hospital Nereu Ramos, resgatando o seu nascimento na década de 40 do século XX, em Florianópolis, com uma abordagem histórico-social, onde analisou as condições de trabalho de enfermagem de 1940 a 1960, mostrou uma estreita vinculação entre o poder de polícia exercido pelas autoridades sanitárias, no que se referia ao controle e rigidez nas decisões e determinações tomadas pelas irmãs de Caridade em relação ao pessoal de enfermagem na Instituição. Também, em outro estudo de Borenstein et al. (2004), sobre o tratamento da tuberculose no Hospital Nereu Ramos, onde historicizaram o tratamento da tuberculose no período de 1943 a 1960, buscando conhecer quem eram os funcionários da enfermagem, de onde procediam, quais eram as condições dos pacientes que chegavam para tratamento na instituição, entre outros questionamentos. Concluíram que este hospital caracterizou-se como um pólo de referência no tratamento da tuberculose em Santa Catarina, demonstrando que as práticas de cuidado de enfermagem eram realizadas por funcionários treinados pelas irmãs da Divina Providência, que detinham a autoridade e o poder, o que refletia as relações e inter-relações de poder: disciplina, vigilância e resistências, o biopoder e o poder pastoral.

Acreditando que há ainda outros olhares a serem exercitados, em relação ao cuidado e sua prática, mais especificamente sobre cuidado em tuberculose no Hospital Nereu Ramos, e com o distanciamento necessário para reflexão determinado pela experiência enquanto estudiosa do cuidado e das práticas de cuidado, trago algumas indagações, que motivaram a pergunta para o desenvolvimento deste estudo, ou seja o resgate histórico destas práticas no período de 1943 a 1960, pretendendo conhecer que padrões de cuidado eram desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem de 1943 a 1960, partindo de

alguns questionamentos:

- Como era o cenário da prática do cuidado no Hospital Nereu Ramos?
- Quem eram os trabalhadores de enfermagem e qual era sua formação para desenvolverem o cuidado?

Estas são algumas das questões que este estudo se propôs a responder no sentido de dar uma visão histórica do cuidado e dos padrões de conhecimento realizados pela enfermagem junto aos pacientes acometidos de tuberculose, no período compreendido entre 1943 e 1960, no Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis.

Portanto, a pergunta de pesquisa consistiu em responder:

- Como se expressavam os padrões de conhecimento do cuidado desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem no cuidado de pacientes acometidos pela tuberculose internados no Hospital Nereu Ramos, no período de 1943 a 1960?

Teve como **objetivo**:

- Historicizar os padrões de conhecimento de cuidado de enfermagem realizado pelos trabalhadores de enfermagem, no cuidado de pacientes acometidos pela tuberculose no Hospital Nereu Ramos, no período de 1943 a 1960.

Este estudo também buscou contemplar os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, religiosos, entre outros, buscando o sentido histórico da época fazendo uma interconexão com a prática do cuidado.

Justificamos a escolha do marcador do tempo histórico para este estudo, baseados em dois eventos: o período de início de 1943, referente à data de inauguração do Hospital Nereu Ramos, momento em que acontecia, no país, a implantação de políticas públicas sanitárias governamentais autoritárias, repressivas e excludentes, com o discurso oficial de normatização, disciplinamento e controle da tuberculose, ou seja, com a exclusão dos indivíduos da sociedade em hospitais, por serem considerados uma ameaça de contágio constante e um risco à saúde dos ditos sadios - período de incentivo à hospitalização. O período final deste estudo, o ano de 1960, marca o surgimento da quimioterapia, demonstrando bons resultados no tratamento, período que marcou o fechamento de hospitais e sanatórios,

passando o tratamento a ser realizado em dispensários ou ambulatórios.

Para este estudo, estabelecemos os seguintes **pressupostos**:

- O Hospital Nereu Ramos foi criado para atendimento de uma política sanitária de controle social e exclusão de uma doença infectocontagiosa – tuberculose - acompanhando o discurso oficial da época, de cunho autoritário e fascista, o discurso da eugenia da raça.
- O cuidado de enfermagem praticado/exercido pelos cuidadores era fundamentado em padrões de conhecimento de enfermagem e nas visões de mundo da época.

Portanto, proponho como **Tese** deste estudo:

- O cuidado de enfermagem, realizado pelos trabalhadores de enfermagem aos pacientes acometidos pela tuberculose internados no Hospital Nereu Ramos em Florianópolis, nas décadas de 40 a 60, contemplava os padrões de conhecimento de enfermagem e era ancorado nos paradigmas da ciência do cuidado da época.

2 O ESTADO DA CIÊNCIA E DA ARTE DO CUIDADO

2.1 O CUIDADO COMO ACONTECIMENTO HISTÓRICO

Os acontecimentos que se destacam na história do cuidado humano associam a experiência do cuidado como parte essencial do processo de evolução humana, como modo de sobrevivência e relacionamento, no qual o ser humano, longo do seu desenvolvimento incorporou formas e expressões de cuidado aprimorando artefatos e instrumentos, os quais refletiam suas vivências e suas relações/cultura, como também sua preocupação com o cuidado da vida e com a estética.

Na história do cuidado humano, em diferentes épocas, foi marcante a presença das mulheres e suas práticas de saúde e cura, comportamentos diferentes dos praticados pelos homens, mas semelhantes entre mulheres de diferentes contextos sociais e culturais. As características do cuidado das mulheres estão relacionadas à experiência da maternidade, da nutrição e ao modo expressivo de cuidar com sensibilidade e afetividade.

Collière (1989) faz referência que os primeiros seres a praticar o cuidado foram as mulheres, por sua conexão com a agricultura e a experiência de conhecimento de plantas e raízes. Esta conexão histórica das mulheres com a relação de cuidar reflete uma centralidade social e antropológica e uma racionalidade de sobrevivência expressa como sentimento de pertença, de humanidade, de docilidade, de familiaridade, de tolerância, de acolhimento cuidadoso, de solidariedade e de diálogo articulado com o ser e a natureza. Permite-nos pensar que o resgate do cuidado, na contemporaneidade acena para uma interlocução entre o modo feminino-masculino do cuidar, buscando construir comunidades de cuidado, fundamentadas em uma nova ética, sinalizada no desconforto diante do sofrimento, da violência em todas as suas representações, da exclusão e opressão dos pobres/humildes, do não cuidado de si e de outros e com a natureza, ou seja, encontrar uma ética firmada na justiça e no cuidado, religado na reverência à vida e à natureza como algo sagrado. Acreditar na intuição, num conhecimento ancestral feminino, que existe paralelo ao conhecimento/ciência da

saúde tradicional, em que a palavra fundamental e o protagonismo na história são de um saber/conhecimento feminino, pois as mulheres podem confiar em sua própria racionalidade e possibilidade de transformação. O caminho que proponho, é resgatar os significados e sentidos do cuidado na metáfora da fecundidade, da mulher, da mãe, do ser cuidado, ancorado no mito, nos símbolos, nos rituais, nas tradições, nas culturas, nas artes, nas idéias e nas religiões, em uma perspectiva de evolução humana e do cuidado, em coexistência pacífica com os diversos paradigmas da ciência.

No processo de evolução humana, salientamos o período neolítico como uma fase revolucionária ou pré-civilizatória, em que os hábitos modificaram-se, o ser humano tornou-se sedentário, passando a viver em grupos/tribos, valorizando o viver em uma sociedade em que a referência de cuidado era a solidariedade. A expressão da existência do ser humano e seus significados no mundo eram construídos a partir de referências culturais e espirituais ligadas a um sistema de crenças ou forças sobrenaturais, representadas por objetos de adoração ligados a formas ou referências do meio, como animais, plantas, fenômenos da natureza, lua, sol, montanhas, árvores e rios ou espíritos ancestrais. (WALDOW, 1995)

A prática de uma religião e a idéia de um Deus na forma humana aparecem na história em um momento tardio. A figura e a vida de Cristo é representada, na história do cuidado humano, como um ser de cuidado, um restaurador de almas e de corpos, tornando visível o cuidado numa demonstração de compaixão, misericórdia, humildade e amor, forma esta foi vista como ameaça às civilizações, pois a docilidade era um comportamento atribuído ao poder feminino. Autores, como Durant (1954) e Collière (1989), salientam que os primeiros seres a praticar a medicina foram as mulheres, por sua conexão com a agricultura e a experiência de conhecimento de plantas e raízes. O cuidado, para as mulheres, é a forma de relação e expressão com o mundo.

O desenvolvimento do ser humano como ser de cuidado exigiu o desenvolvimento de habilidades e capacidades não só físicas e biológicas, mas também capacidades emocionais, sociais e ambientais. Através do cuidado, os seres humanos imprimem cultura e história, comunicados por arte, cultura, eventos, devoções, rituais e a constante preocupação com a sobrevivência e com a identidade. A arte, como expressão cultural, registra os sentimentos, as relações/comunicações imprimindo a memória de uma história de

indivíduos/povos/etnias/sociedade/cultura e seus rituais de cuidado/cura/*healing*, possibilitando perceber e intuir as figuras de quem seriam os principais cuidadores nos diversos momentos históricos. A história do cuidado humano foi permeada por momentos de grandes desenvolvimentos e avanços do conhecimento, e novas descobertas da ciência, e também tecnologias avançadas de cuidado, enquanto que paradoxalmente aconteceram momentos marcantes de não cuidado, como guerras e atentados. Neste contexto, os seres humanos sobreviveram e evoluíram, porém a necessidade de refletir e tornar o cuidado real, fazendo parte da vida dos indivíduos/povos/instituições, torna-se urgente e emergente como garantia da manutenção da vida e do universo. O ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, aprimorou artefatos e instrumentos que garantiram sua sobrevivência em um ambiente hostil e, também, expressou preocupação com sua sobrevivência e com a dos demais integrantes de seu grupo, através de ações voltadas ao cuidado. (WALDOW, 1995)

Para Resende (1989), neste estágio, as práticas de cuidar eram dirigidas basicamente à sobrevivência humana e reuniam medidas higiênicas, que objetivavam minorar os males físicos e suprimir as dores. Estas práticas, além de instintivas, surgiram, igualmente, da observação dos hábitos dos animais, que dividiam com o homem o mesmo hábitat. Lavar as feridas, lamber partes do corpo, refugiar-se do frio e utilizar plantas como medicamentos, por exemplo, passaram a ser costumes copiados pelo homem. Com o passar do tempo, os humanos tornaram-se sedentários, como consequência da necessidade de “abandonar os caminhos sinuosos e nômades de seus antepassados” e “ter uma base fixa, um local “onde trouxessem os despojos, onde se mantivessem as fêmeas e as crias e onde pudessem partilhar a comida”. (MORRIS, 2004)

Ao definir e assegurar os laços de parentesco, o homem passou a valorizar ainda mais o viver em sociedade, em que a referência de cuidado era a dependência recíproca. Assim, além da família, ele tornou-se do seu grupo, da sua tribo, estabelecendo valores de solidariedade e coesão, ante as ameaças.(CHILDE, 1978) Visto desta forma, o homem era secundário ao seu grupo, já que o convívio social oferecia proteção e ajuda recíproca, pois cada sujeito, na luta pela sobrevivência, acreditava que sua existência dependia da existência do grupo, configurando-se a estreita relação entre a autopreservação e o sentimento comunal, pois o homem, preocupado, a princípio, apenas com o bem estar de sua família, foi obrigado, com o

correr dos tempos e para sua própria defesa, a se interessar pela saúde dos seus semelhantes, quando o aumento da população e a intensificação do tráfego demonstraram a necessidade de proteção coletiva. (CAMPOS, 1965)

Mais adiante, o cuidado com a saúde e a doença era realizado por feiticeiros, pajés ou sacerdotes, reconhecidos pelos seus dotes especiais, uma vez que o pensamento mágico-místico dominava esta época. (PIRES, 1998).

Durante o decorrer dos tempos, o cuidado, também, passou de uma manifestação individual, singular, desenvolvida por alguns indivíduos, para uma atividade institucionalizada, com a divisão do trabalho, que acompanhou a própria divisão do trabalho na sociedade, como durante a Idade Média, em que múltiplos agentes eram responsáveis por realizar atividades diversas, direcionadas ao cuidado, como físicos, filósofos, intelectuais, arquitetos, “enfermeiros” e outros práticos. (PIRES, 1998)

Para Padilha (1998), no cristianismo, as ordens religiosas foram amplamente impelidas ao cuidar e o cuidado era entendido como ato de caridade e um modelo vocacional religioso.

Durante o capitalismo, o cuidado assumiu uma identidade profissional apropriando-se de um conjunto de conhecimentos com o objetivo de se estabelecer como prática social e legitimar-se como científico, uma vez que foi influenciado pelo cenário cultural, econômico e social entre outros. Nesta época, segundo Pires (1998) o espaço dedicado ao cuidado passou de domiciliar a hospitalar, fazendo com que a lógica do pensamento capitalista se fundisse com a organização da assistência à saúde, resultando em um trabalho coletivo “parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais, ou trabalhadores treinados para atividades específicas”, fornecendo ao cuidado, um caráter institucionalizado.

A partir de então, o cuidado humano passou a ser entendido como cura e visava à recuperação da saúde da população para garantir a força de trabalho na produção industrial, que estava se fortalecendo. Ao mesmo tempo, o hospital começou a ser um espaço de produção de novos conhecimentos, tornando-se um espaço terapêutico. Como consequência, a área do conhecimento da saúde teve um grande crescimento, expresso pelos avanços na anatomia, fisiopatologia, microbiologia e imunologia, e pela invenção de equipamentos que ajudaram a desvendar diagnósticos e a estudar as doenças. (PIRES, 1998).

Com isto, os cuidados de manutenção da vida e os cuidados curativos,

nascidos de descobertas empíricas foram substituídos gradualmente pelos cuidados médicos especializados e reconhecidos como sendo científicos. Desta feita, ocorreu um esfacelamento daquele cuidado, decorrente dos laços do homem e seu ambiente, seu grupo social, seu universo. Assim, o cuidado foi isolado, apartado das dimensões sociais e coletivas fazendo com que todas as formas de pensar, que não visassem o tratamento da doença, mesmo aquelas elaboradas no transcorrer da história, muitas vezes milenares, fossem excluídas, face ao problema da vida e da morte, que transformou o cuidar voltado, unicamente, para a cura da doença. (COLLIÉRE, 1986)

Já na modernidade, observa-se que o cuidado e a necessidade de cuidado atrelam-se à dignidade humana e à solidariedade e, para além disto, sente-se que a cura está ligada ao cuidado, mas, essencialmente, o cuidado existe independentemente da cura. (WATSON, 1989).

A crença de que o ser a ser cuidado não é apenas um objeto a ser consertado, mas, sim, um ser com inúmeras possibilidades de existência, que carrega consigo experiências e vivências parece ser o mote do cuidado na contemporaneidade, quando valores como a sensibilidade, compreensão do outro e compaixão parecem ter sido resgatados. (SIMÕES, 2001)

Paradoxalmente ao quadro de grandes avanços do conhecimento e novas descobertas da ciência, que contribuíram para um grande progresso tecnológico voltado ao cuidado propriamente dito, explodem, diariamente, cenas marcantes de não cuidado, como guerras, atentados, além das contingências decorrentes da miserabilidade, como fome, doenças e toda a gama de conseqüências. (WALDOW, 1995) Tais situações, que fazem parte da realidade de todos nós, torna a reflexão sobre o cuidado premente. Entende-se que este deve emergir como consciência da identificação com o outro e pela certeza da fragilidade humana, proporcionando, acima de tudo, a esperança de que os grupos humanos sobrevivam. (LEOPARDI, 1994)

Acredita-se que o resgate da história do cuidado humano, na contemporaneidade, traz-nos a lembrança das essências primeiras que o constituíram, as suas conexões consigo, com o outro, com a natureza e com o sagrado, tendo, em sua expressão, a sintonia da humanidade no processo de viver, de morrer e de transcender.

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM E SUA PRÁTICA COMO UM ACONTECIMENTO NA HISTÓRIA

A análise da literatura sobre a enfermagem pré-profissional brasileira do século XIX remete-nos a uma escassez de fontes. A maioria dos registros relativos à história da saúde acentua o papel dos jesuítas como precursores da assistência hospitalar e sanitária, e dos cirurgiões barbeiros nos três primeiros séculos da colonização e a substituição destes por médicos no século XIX. O trabalho das mulheres como “enfermeiras” aparece apenas quando as mesmas desenvolveram ações de cuidados aos doentes no trabalho caritativo das religiosas de ordens seculares, das parteiras leigas, as provedoras de saúde à família e como voluntários na assistência dos doentes como foi o caso de Francisca de Sande e Ana Nery. Sendo que não foi ressaltado o trabalho destas cuidadoras, por não se saber se havia instituições hospitalares. (PADILHA, 1998)

A enfermagem nasce e começa a tomar forma e adquire *status* de uma ocupação distinta, com a formalização do seu ensino feita por Florence Nightingale. Anteriormente, desenvolvia-se através de treinamento de pessoas para desempenhar atividades de conforto, de administração de medicamentos e de limpeza de unidade, cozinha e lavanderia. (WALDOW, 1995).

Donahue (1993) reconhece a enfermagem mais velha do que a medicina, ou seja, na visão da autora, o mais velho é o cuidar. O cuidado por muito tempo caracterizou-se como um sentido religioso de prestar ajuda, caridade e de oferecer apoio espiritual. Era prestado aos pobres e aos doentes, e oferecido pelas pessoas que se dispunham a cuidar, no sentido de obter a fé e a salvação da alma. Na visão de Waldow (1995), mesmo na antigüidade, o cuidar ainda era distinto das práticas de curar. Era uma atividade ligada ao misticismo, em função das diversas crenças relativas à natureza, aos espíritos, aos poderes dos deuses e deusas, sendo que durante o período do cristianismo, os males do corpo não eram alvo de muita preocupação. Nos séculos XII e XIII ressurgiu o interesse material e o cuidado foi prestado para alívio do sofrimento. Com o desenvolvimento do conhecimento médico, o corpo obteve certo *status* e o cuidado foi valorizado, auxiliando na cura. (WALDOW, 1995).

Com a chegada do capitalismo, o corpo passou a ser fonte de lucro tanto por

parte de quem cuidava como de quem era cuidado. Passou a ser considerado como força de trabalho, no caso, para desenvolver as atividades necessárias para tratar o dano de modo que pudesse retornar com vigor para o trabalho. O momento em que o saber da enfermagem quer se tornar científico, procura esta cientificidade na aproximação com o saber da medicina, conseqüentemente com sua autoridade e poder. A institucionalização do cuidado chega com os primeiros hospitais, que treinavam para atender os doentes, denotando uma predominância do elemento feminino e com o ideário de cuidado e ensino nightingaleano e com aceitação exclusiva de moças. (ALMEIDA, 1986)

Collière (1989) enfatiza que a história das práticas de cuidados vividas e transmitidas pelas mulheres permite a identificação das práticas por elas exercidas como cuidadores de enfermagem. Já, as práticas de cuidado desenvolvidas pelos homens seguem natureza e orientação diferentes, porém, influenciam e são assimiladas por imposição as mulheres. Na visão desta autora, existem vários mitos desenvolvidos, em função da identificação das práticas de cuidar, com a mulher, mas que o grande mito é a identificação das práticas de cuidados, com a mulher – enfermeira - auxiliar de médico, que ocorre principalmente do princípio do século XX até os fins dos anos 60.

Os estudos de Lopes et al. (1996) discutem e estabelecem a associação de gênero na enfermagem, denunciando as relações de poder e gênero, o qual conjuga-se com o trabalho no ambiente de saúde, relevando um jogo de forças, cheio de artimanhas entre simbolismos entre masculino e feminino.

O desenvolvimento de estudos sobre o cuidado e a sua prática é que possibilitam desvelar o que realmente ocorre, no cenário da Enfermagem entre os protagonistas/trabalhadores de enfermagem e entender o como e o porquê das relações de dominação-submissão, não só entre a enfermagem e a medicina, mas também entre as diferentes categorias (auxiliares, técnicos, etc), que podem auxiliar na busca de caminhos que possibilitem manejar os sentimentos de frustração, desvalia, culpa e, quiçá, saberes e comportamentos.

Padilha (1998) refere que, com relação aos sujeitos do cuidado, tanto a enfermeira quanto a equipe de enfermagem e os demais elementos da equipe de saúde, na maioria das vezes, não permitem discussão a respeito do cuidado que está sendo prestado. Todos devem obedecer cegamente às ordens estabelecidas nas normas e rotinas da instituição, sob risco de serem chamadas de “rebeldes”.

Padilha (1998) em seu estudo sobre a enfermagem praticada na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, a partir de 1852, pelas irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, demonstrou que suas ações pautaram-se pelo silêncio como manifestação de suas virtudes de humildade e obediência, mas também como estratégia de poder. A autora analisa a trama de poder, segundo o conceito de poder disciplinar de Michel Foucault, de forma a evidenciar o modo como as mulheres religiosas, no caso, as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, silenciosamente assumiam o controle das atividades administrativas do hospital, bem como do cuidados dos doentes e de sua assistência espiritual, dilatando ao limite o controle dos corpos no tempo e no espaço hospitalar, como meio de atingir os propósitos do corpo social ao qual pertenciam.

Waleska Paixão (1979) em sua obra fez uma retrospectiva cronológica da enfermagem, desde a idade antiga até o século XX, demonstra que a influência religiosa tinha sobre a profissão, tornando seu trabalho, o mais conhecido no Brasil sobre a história da enfermagem.

Segundo Padilha (1998), a partir da década de 80, foram publicados estudos mais críticos, com uma preocupação de compreender a enfermagem como parte de um processo histórico-social, cultural, político e educativo, analisando e denunciando de modo mais nítido, a conduta humilde, conformista e dócil dos enfermeiros, nas relações com quem representa o poder, contrário à conduta autoritária freqüentemente assumida nas relações com os demais elementos da equipe de enfermagem.

Esta prática demonstra que a enfermagem, nos diversos momentos históricos, caracterizou-se como uma profissão feminina, a qual vivenciou, no cotidiano das práticas de cuidado, o poder e submeteu-se a seus dispositivos, atuando muitas vezes como agente institucional de controle social, de exclusão ou de reclusão dos indivíduos, demonstrando, desta forma que o cuidado e o poder/saber existem nas relações e inter-relações na enfermagem e em todos os espaços onde ocorrem práticas de cuidado e saúde. Do que podemos concluir que, dependendo de como ocorrem estas relações de dominação ou de submissão, o cuidado realizado/prestado poderá ser influenciado.

2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO NA TUBERCULOSE COMO ACONTECIMENTO HISTÓRICO

A tuberculose, à luz das ciências sociais, tornou-se nas últimas décadas deste século, um importante objeto de pesquisa enfocada sob múltiplas abordagens analíticas. A doença tornou-se objeto de investigação por ter estado, e ainda hoje permanecer presente no cotidiano de diferentes grupos sociais de maneira muito extensa, possibilitando a formulação e o aprofundamento de amplo leque de interrogações. (FERNANDES et al., 1993, p. XXI)

No período da descoberta do Brasil, não havia tuberculose entre os índios. A doença teria chegado ao país por conta dos colonizadores europeus. A Companhia de Jesus, em sua missão, trouxe ao país inúmeros padres, que padeciam de tuberculose. O contato direto deles com os indígenas, na busca da catequização, haveria propagado o bacilo que dizimou inúmeras aldeias. Sabe-se que naquela época, os índios, já costumavam isolar seus doentes. (HIJJAR, 1985)

A doença propagou-se rapidamente entre os escravos, uma vez que estes aqui chegavam debilitados pela longa viagem, além de posteriormente terem mínimas condições de saúde (alimentar e higiênicas) e de trabalho. (VAGUETTI, 1999)

A partir dos últimos anos do século XVIII, associou-se a tuberculose pelo menos a duas representações. A primeira definia-a como “uma doença romântica”, idealizada, como uma característica de poetas e intelectuais. A segunda, gerada em fins do século XIX que a qualificava como “mal social” e firmou-se claramente no decorrer do século XX, tendo convivido nas primeiras décadas com a visão romântica. Estas duas concepções apresentaram-se de forma significativa no imaginário social, expressando-se de forma estigmatizante.

A identificação do bacilo de Koch, em 1882, como agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Esta contribuição levou ao fortalecimento da teoria da transmissibilidade da doença, ao controle e tratamento específico da tuberculose, porém não foram apresentados, neste momento histórico avanços terapêuticos significativos.

Como terapêutica para a tuberculose, prevaleceu desde o século XIX, o tratamento higieno-dietético. Este tinha, como pressuposto, a cura espontânea do

doente, especialmente quando este era colocado em condições favoráveis, traduzidas por uma boa alimentação, repouso e incorporando o clima das montanhas, como um fator fundamental no tratamento. Sua indicação envolvia o isolamento dos doentes, viabilizadas por meio da criação de sanatórios e preventórios. (ORNELLAS, 1987).

No início do século XIX, um inquérito propagou que um terço da população morreu de tuberculose. Na metade deste século, o 2º Império adotou a higienização das cidades com o objetivo de modernização da sociedade, mediante a modificação da conduta física, intelectual, moral, sexual e social de cada membro das famílias, sendo a mulher responsabilizada pela conduta dos preceitos de higiene. Relaciona-se a tuberculose, as alcovas, a escrava doméstica, a masturbação, a transmissão hereditária de doenças, a vida mundana, a libertinagem, ao homossexualismo e às paixões. (BARREIRA, 1993).

No Brasil, a percepção da tuberculose como doença social firmou-se no século XX, estando presente no discurso médico, respaldado pelos dados estatísticos. Estes indicam, de forma incontestável, desde o início do século, uma maior incidência de tuberculose junto às classes populares, em virtude das precárias condições de vida, aspecto obscurecido na “tísica romântica”. Apesar da associação da doença às condições de vida, percebe-se que as orientações para o controle da tuberculose, ao longo deste século assumiram o fator biológico como seu principal determinante, sustentadas por um saber técnico-científico que se desenvolveu progressivamente. (ORNELLAS, 1987)

No país, ao longo do século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram sendo assumidas por instituições estatais e filantrópicas, que atuaram de forma diferenciada no decorrer do período. Nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel relevante na difusão e aplicação das idéias preconizadas para o combate à tuberculose. Destacou-se no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, fundada em 1900, como resultado de um movimento de médicos e intelectuais convencidos de que não podiam se omitir no combate à doença que causava tão alta mortalidade na capital federal. A Liga, até 1907, criou dois dispensários e desenvolveu um intensivo trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-lo. Neste sentido, em 1913, passou a veicular publicações científicas como: revistas, almanaques, boletins entre outros e no ano de 1927, criou o Preventório Rainha

Dona Amélia, destinado aos filhos de tuberculosos. Em vários estados brasileiros criavam-se também as ligas contra a tuberculose, que foram, durante este período as únicas instituições que implementaram uma política de controle da doença. (ORNELLAS, 1987)

A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurou uma fase de maior intervenção do estado no combate à tuberculose, criando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. No Distrito Federal, sediado à época no Rio de Janeiro, tanto o poder público com as entidades filantrópicas ampliavam a disponibilidade de atendimento, organizando dispensários e enfermarias exclusivas para tuberculosos. Houve a participação das primeiras enfermeiras de saúde pública que se ocupavam com visita domiciliar e entrevistas nos dispensários. (NASCIMENTO, 2005)

Em 1930, criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública, ampliando a intervenção estatal no combate a tuberculose, mas convivendo com as iniciativas filantrópicas. Um dos fatos marcantes da participação e de importância dos enfermeiros no combate a tuberculose em 1923, foi através da implantação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, hoje Escola de Enfermagem Anna Nery. Esta Escola foi organizada a partir do Sistema Nightingale, já implantado nos hospitais americanos e à prática americana de saúde pública, baseada na visita domiciliar e no acompanhamento dos doentes com tuberculose e dos comunicantes. (NASCIMENTO, 2005)

O Brasil na década de 40, sob a égide do Estado Novo, guiado por Getúlio Vargas, tinha forte influência autoritária e fascista e, com a ditadura instaurada, criou, em 1941, o Serviço Nacional de Tuberculose, e, em 1946, o Estado criou a Campanha Nacional contra a Tuberculose, que desempenhou um papel singular em razão de sua constituição administrativa financeira e flexível. Entre os anos de 1942 e 1945, o Serviço Nacional de Tuberculose criou vários sanatórios e hospitais pelo país, com uma forte idéia de interiorização e uniformização do atendimento e normatização das ações de saúde e formação de recursos humanos de nível médio e superior. A descoberta da quimioterapia específica, alterou o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico, com relação à tuberculose além de repercutir nas representações sociais da doença. (ORNELLAS, 1987)

A Campanha Nacional de Tuberculose configura-se como fator importante no aumento de enfermeiras, pelo apoio financeiro dado às escolas. A enfermagem

desenvolveu-se atuando no planejamento em equipes multiprofissionais, supervisão, educação continuada e assessoria técnica. (BARREIRA, 1993)

A enfermeira representava o papel de agente da ordem institucional, seu espaço profissional era amplo, permanente e decididamente ocupado, o que representava uma presença extremamente forte e vigilante. A valorização da presença da enfermeira da Campanha nos estados correspondia à sua função de representação e não à sua própria pessoa que enquanto mulher solteira e enfermeira, da pequena classe média, era pressionada pelo pessoal local, a conformar-se ao papel tradicional da enfermeira, no qual se reproduziam as relações sociais de gênero vivenciadas no âmbito familiar.

Por outro lado, a participação da enfermagem na elaboração de políticas e diretrizes era praticamente nula. Ao contrário, sempre foi muito forte sua atuação normativa e disciplinadora, não só no espaço próprio da enfermagem, mas também no espaço onde o médico exercia sua hegemonia. Esta interferência no espaço médico era, ao mesmo tempo, fonte de permanentes atritos e razão de ser de sua presença no serviço, ou seja, exercer as pressões consideradas necessárias à conformação daquele serviço à orientação da Campanha. Por isto, enquanto no espaço da unidade de internação do sanatório, médico e enfermeira poderiam reproduzir as relações de gênero numa situação harmoniosa, no cenário dispensarial, suas relações quase sempre caracterizavam-se pelo conflito e pelo confronto. Por outro lado, sua função controladora de doentes e funcionários, ao mesmo tempo em que lhe dava a sensação do poder, mobilizava sentimentos de culpa, por ter que excluir muitos deles dos benefícios dispensados pela Campanha, e pôr ela gerenciados. (BARREIRA, 1993).

Esta posição e a postura das enfermeiras da Campanha, na visão de Barreira (1993), mostram como estas participavam do jogo de forças políticas da época, apenas como expectadoras de eventos políticos, os quais não se tornaram referências para suas carreiras. A sua ideologia profissional era a mística da Campanha, pois as enfermeiras acreditavam na sua força de intervenção para resolver o problema da tuberculose, pois conheciam de perto a sua relação com pobreza, mostravam alheamento sobre as questões políticas de estado e sua relação com a saúde, com a construção da cidadania e, principalmente sobre o seu papel enquanto mulher na força de trabalho na sociedade.

Ao longo dos anos 50 e 60, o tratamento para a tuberculose passa ser

ambulatorial e faz com que, em 1961, sejam treinados enfermeiras para os dispensários das capitais. Quando os enfermeiros não podiam ir ao Rio de Janeiro, eram treinados por uma equipe itinerante, que habilitava também pessoal de diferentes níveis. Neste processo a rede dispensarial atinge o mais alto grau de desenvolvimento. (BARREIRA, 1993).

Nas décadas seguintes, são desativados sanatórios e hospitais à tuberculose e, em 1976, é criada a Divisão Nacional de Tuberculose, que se transformou em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, ocupando-se não somente da tuberculose, mas também de outras doenças pulmonares de interesse da Saúde Pública.

Atualmente a tuberculose apresenta-se associada à AIDS, mostrando-se assustadora e com emergência de ações no país e no mundo, acredita-se que a doença no país atinja, hoje, 50 milhões e no mundo, em torno de dois bilhões de pessoas, correspondendo a um terço da população mundial que está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a tuberculose, sendo que 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano. Este fato exige novamente a participação e o compromisso de ação de todos os profissionais do cuidado à saúde, entre eles a enfermagem, como também políticas públicas eficientes, recursos financeiros e investimentos em recursos humanos de longo prazo. (BRASIL, 2005)

Este avanço da tuberculose no país e no mundo demonstra que, nas últimas décadas, o controle e a falta de políticas públicas efetivas para seu combate foram relegado a segundo plano, sendo ela hoje considerada umas das doenças negligenciadas pelas instituições de estudo e pesquisa no país.

2.4 O CUIDADO HUMANO COMO ACONTECIMENTO FILOSÓFICO

A construção de uma compreensão dos fundamentos filosóficos do cuidado humano leva-nos a resgatar o pensamento de filósofos, que pensaram o cuidado, da antiguidade até a contemporaneidade, os quais expressam que, ao buscar e desvelar o sentido da existência humana, as essências que constituem o humano e sua humanidade no cotidiano do ser e do existir, o cuidado apresenta-se como tema

mais importante e inquietante nos diversos momentos históricos do processo de viver/sobreviver e evoluir humano.

Podemos visualizar o cuidado humano em uma perspectiva filosófica, reportando a Platão, com sua obra “Primeiro Alcebiades”, onde a natureza do homem é retratada: e em “Eutifron, ” que mostra a piedade, “O Banquete” que se dedica ao amor, e “Fédon”, que mostra e filosofa sobre a morte e a natureza da alma, encontramos suas contribuições para o entendimento do homem/ser humano, suas indagações/inquietações relacionadas a questões inerentes ao existir, ao ser e ao como viver em sua humanidade. Também Sócrates em suas reflexões contempla o humanismo e a arte de viver, enfatizando o cuidado da alma como a missão de cuidar de si, onde o cuidar de si implica na prática contínua da virtude. O cuidado da alma como perfeito para o autoconhecimento, no sentido de tomar conta da vida, a liturgia da amizade e a natureza do amor, o significado de ser livre, do transgredir para salvar-se. O sentimento de ser indivíduo e ser cidadão, o viver a vida e o morrer no cotidiano do viver do homem. (ISMAEL, 2004).

A existência humana é abordada no pensamento de Kierkegaard (1813-1855), em especial nas obras “Conceito de Angústia” e no “Desespero Humano”. Nelas encontra-se que esta existência processa-se no modo de o homem estar no mundo, ora numa posição de pura exterioridade (dimensão estética), ora numa (dimensão ética), mediando o exterior com o interior, ou numa dimensão religiosa, de interioridade com Deus. Estas dimensões são opções do ser humano no seu viver. (MARIAS, 2004)

A vida, como afirmação de todos os instintos e a busca de uma experiência estética da vida, é evidenciada no pensamento de Nietzsche (1844-1900), em obras como “A Gaia Ciência”, “Ecce Homo”, “Vontade de Potência”, “Para Além do Bem e do Mal”. A condição humana como uma nova visão da realidade – a visão hiperfísica, é pensada por Teilhard de Chardin (1881-1955) em sua obra “O Fenômeno Humano”, na qual o autor concebe a idéia de totalidade dinâmica, em que a vida humana é encarada como um processo que se vai orientando e evoluindo ao longo do Espaço-Tempo, culminando na espiritualidade do Ponto Ômega.. Está construção abstrata do pensamento proporciona compreender melhor o sentido do mundo e da vida, e responder a inquietação e confusão do nosso tempo. (CHARDIN, 2004).

A compaixão, para Schopenhauer (1788-1860), é pensada como uma

virtude, atributo de máxima elevação ética e metafísica. O autor discute a vontade como essência do mundo, que é o ser humano, uma visão de identidade existencial de todos os seres na ótica da vontade de si. Importante pensar a compaixão do ponto de vista da ética do cuidado, pois esta permeia as relações cuidar na área da saúde. (MARIAS, 2004; BOFF, 2004)

Conceitos importantes para a compreendermos e estabelecermos uma relação de cuidado, foram refletidos por Sartre (1905-1980), tais como: intersubjetividade, liberdade, humanismo e existencialismo. Emmanuel Levinas (1969) influenciou a ciência do cuidado, visto este como o lugar onde o intencional faz-se ético. O autor reflete a presença corporal, ou melhor, o homem enquanto rosto/face. A face, como o lugar de visitação do outro, é o reconhecimento do outro como outro, um momento infinito, a ética. Esta proposta de uma ética da face, ou seja, o encontrar com a face e o olhar do outro, é considerado o primeiro evento do ser humano que reflete sensibilidade autêntica para ser infinito e humano. (MARIAS, 2004).

Muitos outros pensadores contribuíram para a compreensão da existência do ser no mundo e para o estudo do cuidado humano como Heidegger (1889-1976), que é reconhecido como o Filósofo do Cuidado. Este autor parte para a idéia de mundo da vida, em que a experiência humana é o ponto de partida da filosofia. O ser do homem é essencialmente um ser no mundo; e o cuidar, o relacionar-se com o outro é a estrutura fundamental do “ser aí” . O cuidar manifesta-se na rela o envolvente com o outro, dentro do mundo (HEIDEGGER, 1989). A preocupa o é uma característica chave da visão fenomenológica do ser e chamada de *sorge* ou preocupa o com – cuidar por. A preocupa o pelos outros é definida como solicitude, e define o homem como pastor e guarda do ser. O cuidado é sempre preocupa o e solicitude. (HEIDEGGER, 1986)

Mayeroff (1971), em seu livro “A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo”, pensa o cuidar de outra pessoa; no sentido mais significativo, é ajudá-la a crescer e se realizar. Para o autor, o cuidado é em fun o de outra pessoa, mas também por coisas e idéias. Cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transforma o no relacionamento. Entende que o cuidado não é necessariamente recíproco, e através do cuidado, o ser humano vive o significado de sua própria vida, sendo constituído de elementos essenciais como:

conhecimento, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança, coragem.

Na concepção de Noddings (1984), o cuidado é concebido através de relacionamentos, que são de base ontológica e ética. Cuidar é engajar-se em certos comportamentos que incluem dimensões éticas e conteúdo moral. Os elementos essenciais nos relacionamentos de cuidar incluem: receptividade, reciprocidade e conectividade, enfatizando que estes elementos são mais encontrados na população feminina. O cuidado, na perspectiva da autora, é discutido sob uma abordagem feminista, privilegiando o aspecto ético e moral, com ênfase na educação.

Foucault, ao pensar o cuidado estabelece um diálogo filosófico-histórico entre subjetividade e verdade, no qual revoluciona o pensamento contemporâneo com a noção de sujeito. Reflete o poder-saberes-práticas-cuidado de si como ética e estética da existência. Aquele que cuida de si conhece também quais são os seus deveres e limites nas diferentes relações que estabelece com os outros. (FOUCAULT, 2004). Esta perspectiva foucaultiana do cuidado de si como uma atitude ética e estética da existência constitui na contemporaneidade a base filosófica para pensar o cuidado na área da saúde.

Boff (1999), em seu livro: “Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela Terra”, analisa uma fábula antiga a respeito do cuidado (Fabula de Higino) e aprofunda a noção de cuidado em várias dimensões da vida pessoal e social. Refere que a palavra “cuidado” procede do latim **coera** ou **cura** e era usada num contexto de relações de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação.

O cuidado como modo-de-ser perpassa toda a existência humana e possui ressonâncias em diversas atitudes importantes. Através dele, as dimensões de céu (transcendência) e as dimensões de terra (imanência) buscam seu equilíbrio e coexistência. As dimensões do cuidado essenciais são: o amar como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a confiabilidade e a compaixão. (BOFF, 1999, p. 109).

Esta perspectiva de cuidado, proposta por Boff (1999) aprofunda seus desmembramentos para as várias dimensões da vida pessoal e social, em uma ética inspirada em uma nova ética, fundamentada em valores e atitudes ancorada no cuidado para com a vida e o planeta. Portanto, uma ética do cuidado, da

cooperação, da solidariedade e da compaixão, envolta numa aura de reverência e de respeito por tudo o que existe e vive.

Em relação às concepções teóricas filosóficas do cuidado, na enfermagem e na saúde, percebe-se o desenvolvimento de um grande número de estudos sobre as implicações filosóficas do cuidado, envolvendo muitos autores das diferentes disciplinas da saúde e da ciência em geral. Entre estes destacamos os estudos de Parse (1984), Newman (1995), Reed (1991), Reeder (1984), Leininger (1978;1990;1991), Morse(1990;1991), RAY(1981;1989), Roach (1993), Griffin (1983), Fry (1990), Bottorf (1991), Gaut (1991), Bishop&Scuder (1991), Boykin&Shoenhofer (1993), Chinn;Kramer (1995). No Brasil, destacamos, como estudiosos do cuidado em uma abordagem teórico filosófica: Waldow (1995; 1998; 2004), Neves (1993; 2006), Zagonel (1996; 2006), Erdmann (1997), Silva (1997), Maia (1998), os quais buscaram revelar a ontologia e a epistemologia da realidade da prática do cuidado brasileira, desvelando significados, saberes, práticas, contextos/relações e desenvolvendo tecnologias inovadoras de cuidar.

No desenvolvimento de teorias de cuidado na enfermagem, destacamos o trabalho de Florence Nightingale, a qual liderou a enfermagem na metade do século XIX de 1820 a 1910. Apesar de seus escritos não terem sido abordados, em um contexto de teorias, seus pressupostos abordam crenças sobre o cuidado humano, que continuam atuais e sendo desenvolvidas por estudiosos em várias partes do mundo. O trabalho de Nightingale é considerado uma Teoria Ambientalista, pois o conceito básico encontrado em seu trabalho e seus escritos é o meio ambiente saudável. O meio ambiente físico é pleno de vitalidade, que estimula o poder vital do ser humano. “O cuidado é contemplado a partir de uma perspectiva holística do ser humano e sociedade. O saber sobre o cuidado de Nightingale foi revolucionário e visionário, evidenciou ciência e arte fundamentada no pensamento filosófico de Hipócrates e Bacon”. (SILVA, 1995, p. 54-55). A Teoria de Nightingale continua atual e inspiradora, pela sua abrangência e visão de futuro, e as conexões do cuidado com a ecologia.

A Teoria de Leininger (1991), espelhada no Modelo Sol Nascente e fundamentada na teoria antropológica, apresentam o conceito de cuidado transcultural e da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Segundo esta teoria, o cuidado tem similaridades e diferenças, nas diversas culturas, sendo considerado como essência da enfermagem e seu foco unificador.

Watson (1985; 2005) desenvolveu duas teorias: a Teoria do Cuidado Transpessoal e a de Enfermagem como Ciência Sagrada: "Modelo Caritas". A primeira apresenta-se como uma ciência e filosofia do cuidado fundamentado em valores humanísticos, enfatizando que a ciência do cuidado não pode ser neutra em relação a valores humanos. O cuidado é visualizado como ideal moral, ético, humano evolvente. É a bússola moral da consciência, guia do trabalho e razão de ser. A harmonia entre corpo-mente e espírito determina os padrões de saúde dos seres humanos. Explicita, em suas teorias, o conceito de alma enfatizando a dimensão espiritual da humanidade, em que a mente e as emoções de uma pessoa são vistas como janelas para a alma.

Recentemente Watson (2005) desenvolveu um modelo teórico da Enfermagem como Ciência Sagrada – Modelo Caritas, visualizado como uma dimensão espiritual que evoca amor, cuidado e *healing* (reconstituição) ao paradigma do novo milênio, em uma perspectiva de um modelo de enfermagem atualizado de Nightingale. A autora entende que o futuro da enfermagem visa resgatar a reverência e a sacralidade do viver incorporando a arte, a ciência, a ecologia e a espiritualidade.

A justaposição entre os dez fatores de cuidado e o processo "*caritas* " propostos por Watson (1985; 2005), acenam com a possibilidade de fluidez da linguagem e do entendimento, e de uma estrutura de compreensão em direção prática profissional de enfermagem, como também de um esquema disciplinar para a Ciência do Cuidado. O processo "*caritas*" explicita a conexão entre cuidado e amor no processo do viver humano. Dá-se através da prática do amor-bondade e compromisso consigo e com outros; da presença autêntica como possibilidade do fortalecimento da fé e esperança; do cultivo da sensibilidade para consigo e com outros; da promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; do ser presença autêntica e suporte nas expressões de emoções/sentimentos positivos ou negativos do uso de abordagens criativas envolvendo todos os caminhos do conhecimento; do ser/fazer em todas as situações/momentos da prática do cuidado. Tudo isto articulando e envolvendo o uso de si, a imaginação criativa, a tecnologia, o conhecimento científico, a intuição, a ética, a estética, e a abertura/atendimento na presença de forças existenciais fenomenológicas e espirituais.

Boykin e Shoenhofer (1993) desenvolveram a "Teoria da Enfermagem como Cuidado: Um Modelo Transformador da Prática", em que partem do pressuposto de

que todos os humanos têm características e expressam-se através de sua condição de cuidar e serem cuidados. O cuidado é um processo, vivido momento a momento, revela-se e desenvolve-se continuamente – um infinito vir a ser, engloba compromisso para consigo e para com o outro. Esta Teoria de Enfermagem é pessoal e não abstrata. O cuidar dá-se a partir da experiência do viver no mundo significativo. O foco desta teoria é saúde e bem estar, auxiliando na visão de que o cuidado pode ser vivido/experimentado em todas as situações de enfermagem. O domínio da enfermagem consiste em crescer/nutrir no cuidado.

Silva (1997) desenvolveu um modelo conceitual sobre o Cuidado Transdimensional, em que o cuidado é visualizado em uma cosmologia de possibilidades e realidades relacionadas ao cuidado e a reconstituição (healing), ao amor, ao viver, ao morrer e ao renascer. Uma visão que integra e transforma, consistindo em uma jornada em direção à saúde, à totalidade do *self*, do outro e do planeta. A jornada do *self* (*eu*) estende-se para o infinito, para o desconhecido e para o universo. Engloba as dimensões sagradas de ser e viver, incorporando a arte, a ciência e a espiritualidade.

Ainda, segundo Silva (1997), o Cuidado Transdimensional extrapola o processo saúde-doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e conseqüentemente de qualidade de vida no planeta. O processo saúde-doença é uma dimensão da vida, o sentido de reverência com a vida. Os conceitos-chaves são imanência e transcendência e a cosmologia contempla a relação estética entre os princípios masculino e feminino expressa na convergência arte, ciência e espiritualidade.

Na compreensão dos fundamentos teórico-filosóficos que expressam o cuidado, percebemos que o cuidado emerge na contemporaneidade revisitado em suas concepções, ancorado em um paradigma que privilegia a experiência de um ser humano que está em constante transformações/possibilidades em seu existir consciente, inspirado pela energia feminina do diálogo, do encontro, do compartilhar e de uma atitude ética e estética frontal ao seu processo de viver no mundo consigo e com outros.

Por outro lado, a compreensão dos fundamentos éticos e estéticos do cuidado permite visualizar o cuidado humano como uma atitude ética, na qual seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Nas relações de

cuidado, as pessoas interagem, visando promover o crescimento e o bem estar próprio e dos outros. O cuidado ético perpassa a ação em si. Ele integra o valor humano, a subjetividade humana e uma sensibilidade apurada para essa apreensão. A contínua reflexão é um elemento deste cuidado, que o impulsiona no caminho da sua transformação cotidiana, seguindo um referencial crítico e questionador, que nos inquieta na busca do que pode ser ainda melhor.

O pensamento filosófico de Kierkegaard relaciona o cuidado como ética, desvelando o sentido e o significado da existência humana individual indicando que a ética começa com o indivíduo que ao agir toma sobre si o interesse e a preocupação resultantes da responsabilidade consigo mesmo. A preocupação ou inquietação é o elemento que constitui o ímpeto para a ação moral do indivíduo para agir com propósito. (ZOBOLI, 2004)

No pensamento de Heidegger (1986), o cuidado apresenta duplo sentido: angústia e solicitude. O cuidado como angústia impulsiona a luta pela sobrevivência, que seria a busca por um lugar favorável entre os seres humanos; enquanto como solicitude, o cuidado permite revelar as potencialidades de cada ser humano, que o levaria a voltar-se para algo, interessar-se pela Terra, pela humanidade. Nessa compreensão a ética do cuidado relaciona-se à presença, estar próximo do seu ser, estar em casa (*êthos*), voltando-se para si e para o outro. Esta seria uma base de sustentação, que dá segurança ao ser humano e que constituiria a essência da ética enquanto proximidade ao ser. (PERDIGÃO, 2003)

Deste ponto de vista, a atitude de um cuidado ético permeia o modo de ser e viver dos indivíduos, pois a ética, em sua base psicológica, capacita os seres humanos a transcender determinadas situações concretas do existir, orientando a si próprio para um viver bem e com autodeterminação em relação a si e aos outros.

Para Mayeroff (1971), as responsabilidades e as obrigações relacionadas ao cuidado surgem graças aos recursos internos próprios do caráter e aos compromissos derivados das relações e não devido às regras externas. Quando o ser humano é alvo de cuidado torna-se mais autodeterminado para escolher seus valores e ideais fundamentados em sua própria experiência.

Boff (1999) pensa o cuidado como valor que a vida nos pede. Assim, a ética do cuidado é o eixo estruturador de toda a ética. O cuidado com a Terra, com a comunidade, com a vida deve ser realizado e empreendido com compreensão e paixão. O amor ao planeta é vital para nosso futuro, pois há uma interdependência

entre o ser humano e o planeta. A ética da cooperação e da solidariedade define a essência do ser humano, somos seres humanos quando somos cooperativos uns com os outros.

Foucault compreende a ética como uma maneira de conduzir-se, como um guia para constituição enquanto sujeito moral e, enquanto modo de agir perante si mesmo, para ascender a uma posição ética verdadeira. A ética determina a maneira pela qual o indivíduo deve se constituir a si mesmo como sujeito moral de suas próprias ações. A ética é a prática refletida da liberdade e a liberdade é a condição ontológica da ética (FOUCAULT, 2004). Neste sentido, propõe que, antes de cuidarmos dos outros, cuidemos de nós mesmos, pois o cuidado de si, na medida em que este *ethos* é liberdade, é também uma maneira de ocupar-se dos outros (WENDHAUSEN; RIVERA, 2004). Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si, mas também o conhecimento de um número de regras de condutas ou princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é munir-se destas verdades. Nesse caso a ética liga-se ao jogo da verdade. (FOUCAULT, 2004)

Na contemporaneidade, a ética proposta por Foucault apresenta-se como a “arte de viver” do indivíduo, o que ele designa, às vezes, como “estética da existência” (SCHMIDT, 1995). A estética da existência foucaultiana caracteriza-se por dizer a verdade a si próprio, desprender-se de si mesmo, estilizar a vida, num processo de constituição moral (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005). Seriam características da estética da existência: uma sensibilidade afinada ao que realmente importa, aliada à capacidade de percepção e reflexão estética; o desenvolvimento de uma capacidade de julgamento, apoiada na sensibilidade; a escolha repousa na capacidade de julgamento que resulta da comunicação e do enfrentamento com os outros; a “estética da existência” não consiste numa simples relação consigo mesmo, mas na relação com o outro que é constituído o sujeito desta ética. (WENDHAUSEN; RIVERA, 2005).

A relação ética de cuidado com o outro tem sido observada por alguns autores dentre os quais Gilligan, Baier e Noddings, apresentando manifestações diferentes entre homens e mulheres. Para estes autores as mulheres manifestam uma ética do cuidar, em contraste com os homens, que expressam predominantemente, uma ética dos direitos e das obrigações. (BEAUCHAMP; CHILDRENS, 2002)

Gilligan *apud* Zobolli (2004) sinaliza que existe tendências de empregar estratégias diferentes de raciocínio e de aplicar temas e conceitos morais distintos na formulação e resolução de problemas éticos. Ela registra os diferentes modos de pensar sobre os relacionamentos e sua associação com as vozes masculinas e femininas, estas diferenças têm mais a ver com temas, atitudes e postura do que com gênero propriamente.

Baier *apud* Beauchamps e Childrens (2002) seguindo a linha de pensamento de Gilligan, pontua a importância de procurar estabelecer uma ponte que ligue uma ética do amor a uma ética da obrigação, então propõe a “confiança apropriada” como conceito de ligação. A autora não descarta as categorias da obrigação, mas busca um espaço para uma ética do amor e da confiança, incluindo uma concepção da vinculação humana e da amizade.

Noddings (1984) enfoca o cuidado através de relacionamentos, que são de base ontológica e de base ética. Partindo das idéias de Gilligan e Mayeroff, Noddings propõe que a capacidade de agir eticamente é como uma “virtude ativa”, que requer dois sentimentos: o sentimento natural do cuidado e o que ocorre em resposta à lembrança do primeiro, pois cada pessoa traz consigo uma memória dos momentos nos quais cuidou ou foi cuidado, podendo acessá-lo e por ele guiar sua conduta.

Cuidar requer que a pessoa responda ao impulso inicial com um ato de compromisso, o que configura um sentimento, genuinamente ético. (ZOBOLI, 2004).

Na visão de Watson (2002), o valor do cuidar envolve um maior sentido do ser. O cuidado envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade. O ideal e valor do cuidar é claramente um ponto de partida, um local, uma atitude, que terá de se tornar um desejo, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em ato. Para a autora, a enfermagem é uma profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o indivíduo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar e estar na vanguarda das necessidades de cuidado da sociedade. A ética do cuidar pode recuperar os compromissos básicos do cuidado e da proteção e pode ajudar a libertar os profissionais da saúde de uma concepção estreita de sua responsabilidade. (BEAUCHAMP; CHILDRENS, 2002)

O cuidado de enfermagem envolve as relações, a percepção de si e do ambiente, bem como o entendimento da subjetividade, permitindo a expressão dos

desejos e de uma arte de cuidar, sensível e transformadora (TEIXEIRA, 2005). A arte ou dimensão estética do cuidar refere-se aos sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar e o fazer. A arte captura, expressa e recria o espírito humano e a vida em todas as suas várias formas. Ela evoca a espiritualidade, a intuição, a imaginação, a criatividade e a dedicação. A arte de enfermagem é vivenciada, expressa e cocriada no momento de cuidar. Engloba movimentos, toque, som, formas ou arte sensorial, tátil. O cuidar é a expressão artística da enfermagem. (WATSON; CHINN, 1994).

A ética contemporânea procura resgatar os aspectos humanos tais como a estética, os sentimentos, a cidadania, que foram alijados pela racionalidade científica moderna dessubjetivada. Nesta perspectiva, a ética longe de se restringir a simples normalização, dirige-se para horizontes que incluem a preocupação com o respeito à pessoa como cidadã e como ser social (TEIXEIRA, 2005). Ainda segundo Teixeira (2005), o paradigma pós-moderno traz a urgência da importância do cuidar, como potência de transformação, pelo cuidado sensível, intrínseco à ciência do sentir, que traz à tona a imanência humana de criação neste novo milênio.

Acreditamos que estamos diante de alguns desafios éticos, como: o nosso compromisso social, na qualidade de cidadãos e profissionais da saúde na busca de uma existência crítica, envolvidos com a contínua reflexão sobre o cuidado; o cuidado com os outros e a solidariedade, o olhar para os oprimidos, os marginalizados; o cuidado com o universo, como nosso lar, como nós mesmos, para que haja um futuro a ser cuidado. A busca de um caminho de transformação é partir de uma questão central e constatar a emergência de construirmos um projeto de uma estética de existência, permeada pela ética do cuidado de si e do cuidado dos outros e do cuidado da vida, onde a atitude crítica/consciente seja ética e animada pela esperança de sucesso da construção de uma nova sociedade/mundo onde saberes e poderes sejam instrumentos de cuidado/prazer/felicidade/convivência pacífica entre seres humanos, a vida e o planeta.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PADRÕES DE CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM

Para este estudo, concebemos um referencial teórico sobre o conhecimento da enfermagem e do cuidado, através de um diálogo compreensivo como os padrões desenvolvidos por Carper (1978), Jacobs-Kraemer (1995), Munhall (1993), White (1995) e uma proposta de ampliação desenvolvida por Maia (2007), autora do presente estudo. A ampliação e atualização dos padrões de conhecimento propostos neste estudo dialogam com os atuais paradigmas da ciência do cuidado, os quais defendem a dinamicidade, a reflexibilidade e a abertura dos padrões do conhecimento de enfermagem e do cuidado para uma convivência harmoniosa com os múltiplos paradigmas da ciência do cuidado. Esta ciência, é representada por uma espiral complexa de construção e conexão do conhecimento necessário à prática do cuidar de enfermagem na contemporaneidade e sua justificativa social enquanto profissão.

Entendemos que a atualização e o uso dos padrões de conhecimento do cuidado exige uma transformação e abertura dos profissionais e trabalhadores de enfermagem para aceitarem o conhecimento construído através de pesquisas quantitativas e qualitativas, ou de práticas pessoais intuitivas e artísticas. Estes profissionais devem se permitir encontrar, na liberdade de ser e fazer o cuidado, a sua libertação e o real encontro com a verdade do cuidado como ciência, arte e prática ancorada em antigos rituais e práticas de cuidar históricas da enfermagem do passado e no crescente avanço científico da contemporaneidade.

A enfermagem é uma profissão criada pela sociedade para, juntamente com outras profissões da saúde, salvaguardar um de seus valores de significado vital e social à saúde (JONHSON, 1978). A enfermagem é um serviço, uma disciplina científica e um produto histórico criado pelo homem para servir às suas necessidades. Como tal, a enfermagem, na sua trajetória histórica, tem enfrentado o desafio, interno e externo, à profissão, de justificá-la como ciência possuidora de um corpo de conhecimentos próprio. (NEVES, 1987)

As líderes pioneiras do conhecimento científico na enfermagem, como

Nightingale, Henderson, Hall e outras, não separavam a prática da teoria e da pesquisa, o fazer do saber, o psicológico do físico e do social, a arte da ciência, o ensino do serviço. (WATSON, 1981). Assim, a enfermagem precisa olhar e buscar o desenvolvimento dos diferentes tipos de saber: o científico (empírico), o estético, o ético e o pessoal, à luz dos *insights* de seus pioneiros, procurando identificar os obstáculos, as evoluções, e encontrar a direção para o seu desenvolvimento como ciência.

Os Padrões Fundamentais de Conhecimento em Enfermagem, apresentam uma tipologia de quatro padrões de conhecimento em enfermagem: empírico, estético, ético e pessoal (CARPER, 1978). Estes padrões têm sido citados e comentados com algumas críticas, por enfermeiros. Como acontece com toda herança escrita de enfermagem, existe pouca conexão entre o número de citações havidas e a extensão do desenvolvimento crítico. (WHITE, 1995)

Uma contribuição importante ao trabalho de Carper foi a proposta de um modelo, por Chinn e Kramer(1995), onde ampliaram a perspectiva da autora, com o objetivo de elucidar o entendimento da criação e o desenvolvimento, a expressão, a transmissão e a avaliação dos padrões de conhecimento. A questão chave nesta elucidação foi facilitar a integração destes padrões de conhecimento de enfermagem na prática clínica. Na contemporaneidade, a aplicação dos padrões do conhecimento de Carper e do Modelo de Chinn e Kramer na prática clínica, exigem que se estabeleça um diálogo compreensivo e atualizado com os atuais paradigmas da ciência, que apregoam a dinamicidade, a conexão e a abertura para padrões de conhecimento em uma espiral de complexidade.

No entanto, White (1995) lembra que não podemos esquecer que a historicidade da construção deste conhecimento construído por Carper (1978), tem dado a sua contribuição para o ensino e para a exploração da prática de enfermagem e para os escritos da enfermagem moderna. Estes escritos possibilitam que as contribuições de enfermeiros do passado sejam analisadas no contexto social, político e filosófico dominante de seu tempo, como também possibilitam aos enfermeiros rastrear, de modo compreensível, o desenvolvimento diferenciado do conhecimento que contribuiu para a construção da disciplina de enfermagem. O que a autora estabelece como proposta aos padrões e ao modelo é que sejam revisados, atualizados e criticados dentro do contexto de desenvolvimento da enfermagem em cada período histórico.

O conhecimento de enfermagem engloba diversos aspectos do conhecimento que são relevantes à enfermagem. Os tipos de conhecimento em enfermagem são muitos e variados: a geração de conhecimentos torna-se por isto complexa. A ênfase é que os enfermeiros precisam ir além das vias tradicionais do entendimento de enfermagem, para redefinir o conhecimento em enfermagem, o que poderia determinar a natureza da profissão no século XXI. A enfermagem precisa explorar novas maneiras de pensar e explicar a profissão - sempre existirão novas direções a tomar e novos caminhos a explorar. Para a autora, a enfermagem precisa descrever sua própria perspectiva, uma determinante do conhecimento de dentro, sua própria idéia do que constitui o conhecimento. A nova dimensão da geração de conhecimento de enfermagem demanda ferramentas e métodos novos. Estes novos métodos e ferramentas para gerar conhecimento de enfermagem podem ser aprovados pelo pós-modernismo e a aceitação da enfermagem como uma forma de arte. (EDWARDS, 2002)

Para Masson (1987), a enfermagem – real e verdadeira – é arte, e nossa arte contém o poder de que precisamos para nos unir, nos manter em movimento, nos movendo para frente. É tempo de, urgentemente, libertá-la. Atualmente muitas pessoas experimentam a enfermagem, mas como outras formas de arte, seus valores artísticos são ignorados (ROSE, 1987). A enfermagem negligenciou, por muitos anos, a natureza da prática e da arte de cuidar. (EDWARDS, 2002).

A arte da enfermagem é sempre única e somente testemunhada pelo enfermeiro que a executa e o paciente que a recebe. A abordagem pós-moderna do conhecimento de enfermagem e a enfermagem como arte propiciam ao enfermeiro basear sua prática em torno de diversos conhecimentos, além dos achados da pesquisa científica. As ações da enfermagem podem ser baseadas na intuição, nas emoções, nas narrativas e na prática reflexiva. A enfermagem precisa libertar-se da pesada dependência metodológica e confrontar o mundo sem metodologias rígidas, e poder usar todas as formas e padrões de conhecimento e suas ferramentas, podendo criar uma disciplina prática justificada e com um corpo único de conhecimentos de enfermagem.

As novas fronteiras para o conhecimento de enfermagem estão em evolução em um todo de complexidade, caminhando na perspectiva de novas visões da pesquisa científica e com a convivência de muitos paradigmas da ciência, à busca da legitimidade de decisão do que é conhecimento em enfermagem.

Na concepção de Watson (1985), a ciência do cuidado abarca uma orientação da ciência humanitária, humana para os processos, fenômenos e experiências de cuidado humano. A ciência do cuidado inclui arte e humanidades, bem como a ciência. Uma perspectiva da ciência do cuidado é fundamentada numa ontologia relacional de estar-em-relação, e uma visão de mundo, de unidade e conexão com o Todo.

As investigações da ciência do cuidado englobam pesquisas, que são reflexivas, subjetivas e interpretativas, bem como empíricas-objetivas, e a pesquisa do cuidado inclui a pesquisa ontológica, filosófica, ética, estudos históricos. Além disto, a ciência do cuidado inclui abordagens epistemológicas múltiplas, incluindo a clínica empírica, mas está aberta para entrar em novas áreas de pesquisa que exploram outras formas de conhecimento, por exemplo, estética, poesia, narrativa pessoal, intuitivo, cinestésico, expansão da consciência, intencionalidade, metafísico-espiritual, bem como o conhecimento ético-moral. (WATSON, 1985)

A ciência do cuidado é um novo campo em desenvolvimento, que está fundamentado na disciplina de enfermagem e na ciência de enfermagem, porém recentemente, inclui outros campos e disciplinas nas escolas de enfermagem, tais como estudos feministas, educação, ecologia, estudos de paz, filosofia/ética, artes, medicina mente-corpo-espírito. Assim, a ciência do cuidado está rapidamente tornando-se um campo de estudo interdisciplinar e transdisciplinar. Um olhar compreensivo para as diversas situações da prática e de todos os momentos do cuidar em enfermagem. Os padrões de conhecimento de cuidado exigem um olhar compreensivo para as diversas situações da prática e de todos os momentos do cuidar em enfermagem, considerando a existência de diferentes modelos e expressões da criação do conhecimento.

Os padrões de conhecimento podem ser considerados um caminho para encontrar significados, intenções da consciência do ser e do fazer na prática de enfermagem. Estes padrões de conhecimento na enfermagem são processos inter-relacionados e interconectados, que emergem da totalidade da experiência. Conhecer é o processo humano individual de experienciar e compreender o *self* e o mundo, de modo que possa produzir algum nível de conscientização. (CHINN; KRAEMER, 1995)

Neste sentido, Watson (1995) tem a compreensão de que, conhecer é um processo dinâmico, mutável, com possibilidades de ser compartilhado ou

comunicado a outros, através de palavras, símbolos, ações, arte, ou sons e uma vez expresso, o conhecimento pode ser transmitido a outros e entrar em suas consciências. Consideramos que cada um dos padrões de conhecimento é um aspecto do todo, contribuindo de forma ímpar para a totalidade do conhecimento, e cada um é igualmente vital. Cada padrão descreve algo sobre a totalidade do conhecimento de enfermagem, oportunizando um modo de pensar acerca do propósito, expressão e processo para o desenvolvimento de enfermagem. Portanto, os padrões existem como dimensão do todo do conhecimento de enfermagem e não podem ser usados separados do todo, expressam-se em sintonia e sincronia, necessitando de sensibilidade e percepção, para capturar a expressão de cada um e todo. O processo de experienciar, de vivenciar, de expressar e de comunicar o conhecimento da prática, lança possibilidades para fazer escolhas e tomar decisões na prática de enfermagem, como também criar alternativas de cuidado mais conscientes e transformadoras.

Os padrões de conhecimento desenvolvidos por Carper (1978) apresentam dimensões criativas e expressivas para cada padrão. A dimensão criativa envolve extrair da experiência o sentido, para que a experiência mova-se em direção ao que pode ou poderia ser no futuro. A dimensão expressiva envolve ações humanas, palavras, comportamentos e outros símbolos que dão uma forma comunicável acerca do que se sabe ou não, são a mesma coisa do que é conhecido. A dimensão criativa contempla as atividades humanas natas ou adquiridas com outros que compartilham os mesmos interesses.

Retornando às idéias de Carper (1978), esta autora descreveu, quatro padrões de conhecimento que os enfermeiros tem valorizado e utilizado na prática: 1) **o empírico**, a ciência de enfermagem; 2) **o conhecimento pessoal na enfermagem**, o uso do *self* (eu); 3) **o ético**, o componente moral na enfermagem; 4) **o estético**, a arte da enfermagem.

O **padrão de conhecimento empírico** é caracterizado por ser sistematicamente organizado em leis gerais e teóricas, cujo propósito é o de descrever, explicar e prever fenômenos de interesse especial para a Enfermagem. Também denominado como ciência da enfermagem, é factual, descritivo, discursivamente formulado e publicamente verificável. Este padrão deriva da pesquisa e é considerado pela maioria das enfermeiras estudiosas do conhecimento de enfermagem, como a fonte preliminar do conhecimento do cuidado uma maneira de

desenvolver as teorias originais do cuidado, onde os fenômenos são testados empiricamente em situações práticas. A denominação conhecimento científico é também utilizada para designar o padrão empírico, o conhecimento baseado em fatos, descritivo e fundamentalmente voltado para o desenvolvimento de explicações teóricas e abstratas. Este padrão é coerente com a visão tradicional de áreas que conquistaram o reconhecimento como ciência. É a aplicabilidade do conhecimento próprio e essencial da profissão de enfermagem que auxilia a solidificação da disciplina e, portanto, seu reconhecimento como ciência. Somente com utilização, validação, modificação e propostas de novas possibilidades é aí que o padrão empírico se consolida. O padrão empírico, advindo da experiência prática, da teoria e da pesquisa é imprescindível para este cuidado efetivo, pois possui singularidade, subsidia ações, contribui para a construção do corpo de conhecimento da enfermagem, define, descreve, interpreta, consolida e facilita a compreensão dos fenômenos. Este padrão configura-se na atuação da enfermeira, quando ela analisa suas ações como ideais, tendo como eixo norteador a existência humana responsável pela união de esforços para a exteriorização de forma concreta, da realidade na atenção à saúde. (CARPER, 1978).

Na perspectiva de Carper (1978), o conhecimento dos fatos empíricos, ao serem sistematizados e organizados em explorações teóricas referentes aos fenômenos de saúde e doença apresenta uma contribuição ímpar e soberana; entretanto, ao conciliar o padrão empírico com outros padrões de conhecimento, este acrescenta um diferencial ao cuidado, fator imprescindível ao cuidado à saúde.

Em minha concepção, o **padrão empírico** contempla o conhecimento científico e o conhecimento filosófico, de bases fenomenológicas, etnográficas, antropológicas, participativas, teoria fundamentada nos dados e também práticas de cuidado complementares e ancoradas na experiência de cuidar.

O **padrão de conhecimento ético** é o conhecimento moral na enfermagem, que vai além de uma ética focalizada na obrigação, no dever e no conhecimento de normas ou códigos de ética da enfermagem; envolve capacidade crítica e reflexão ao fazer julgamentos e tomar decisões em todos os momentos da prática. O conhecimento ético na enfermagem requer tanto conhecimento implícito sobre o que fundamenta as decisões como também o conhecimento dos princípios e teorias éticas sobre a enfermagem e a sociedade. Os processos criativos do conhecimento ético em enfermagem são: valoração e *advocacy* (advogação ou defesa de direitos).

Os processos de valoração e clarificação explicam diferentes posições filosóficas sobre o que é bom, correto, a que interesses se está servindo, as ações responsáveis e quais os objetivos das ações. Clarificação e valoração formam a base para uma ética pessoal. Estes processos são usados quando os enfermeiros atuam como defensores dos direitos e responsabilidades de outras pessoas, assim como deles próprios. Os processos criativos produzem as formas expressivas de teorias éticas, princípios éticos e orientações éticas. O conhecimento ético não descreve ou prescreve como deve ser a decisão; ele provê *insight* sobre as escolhas possíveis a fazer e justifica a ação de cuidado. A dimensão ética do padrão de conhecimento ético é aquela que envolve mútuas implicações e mútuas responsabilidades, que acompanha os movimentos do tempo e da história, que é dinâmico (CARPER, 1978). Para Foucault (1985), o construir e o reconstruir espaços/moradas, é o ponto aglutinador dos hábitos, dos costumes, das formas de ser e de se constituir como sujeitos, como também, podem ser considerados como espaços de exercício da experiência consigo e com os outros que constituem nossa subjetividade, espaços de poderes/saberes sobre si e aos outros. (FOUCAULT, 1985).

Também para Foucault (1987), o ético, em si mesmo, é o cuidado de si, na medida em que este *ethos* de liberdade é também uma maneira de ocupar-se dos outros. O cuidado de si implica buscar a verdade e o diálogo com o poder, esta maneira de constituição ética do sujeito; e a “estética da existência” considera a ética uma arte de viver, postura ético-reflexiva de diálogo consigo mesmo e com o outro de que é constituído o sujeito desta ética. Portanto, entendo a concepção de um padrão de conhecimento ético como experiência prática, como maneira de ser, como espaço/ponto estratégico nas relações subjetivas e intersubjetivas tendo a compreensão do poder como relação de força e ação positiva.

O **padrão de conhecimento de enfermagem pessoal**, na enfermagem, compreende a experiência interior de tornar-se um todo, um *self* consciente. É através do conhecimento do *self* que somos capazes de conhecer a nós mesmos e relacionarmos-nos com o outro ser humano como pessoa. O conhecimento pessoal pode englobar formas espirituais ou metafísicas de conhecimento. A plena compreensão do *self*, o momento e o contexto da interação torna-se significativo ao compartilhar a experiência humana. Sem este componente do conhecimento, a idéia do uso terapêutico do *self* na enfermagem não seria possível. Os processos criativos

de conhecimento pessoal são: abertura, centramento e realização (descoberta do saber pela intuição). Abertura envolve absorver-se na totalidade da experiência conscientemente. Realização é o processo de contemplação e introspecção criando-se um significado pessoal interior que é formado através das experiências da vida. A realização compreende um processo de expressar o *self* de forma total, verdadeira e genuína. O conhecimento pessoal é expresso pela existência, portanto, realização envolve estar aí consigo e o outro utilizando os diferentes tipos de conhecimento como a arte incluindo o conhecimento experiencial e o conhecimento tácito ou intuição, considerado uma percepção do bom ou ruim que está para acontecer mas que não pode ser expresso por palavras, mas por sensibilidade e emoções. (CARPER, 1978)

O **padrão de conhecimento estético** é a arte da enfermagem e torna-se visível durante a ação do cuidar, porque manifesta-se por meio do processo de interação entre o profissional enfermeiro e o indivíduo que está sob seus cuidados. O padrão estético, na enfermagem é a compreensão do significado em uma expressão subjetiva, única e particular. Para Chinn e Kraemer (1995), a percepção da ação de cuidar integra meios e fins e aproxima-se das concepções de cuidado que vêm sendo desenvolvidas nos últimos tempos. É através da percepção do significado do momento de cuidado entre o profissional e o paciente, que torna a ação resultante significativa, sendo considerada arte. E só é possível junto com os outros tipos de conhecimento em especial, o pessoal. (CARPER, 1978)

Arte, no sentido de relacionar-se e de perceber o indivíduo de tal forma que as ações do enfermeiro reflitam tão positivamente para quem está sob seus cuidados, que este se torne cúmplice destas ações. O padrão estético expressa-se através de ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações da enfermagem com as pessoas. Este padrão do conhecimento do cuidado ancora-se na empatia, na percepção e na interação o que envolve processos criativos de engajamento, intuição e visualização. É o momento de intersubjetividade entre o cuidador e o ser cuidado, que acontece durante o cuidado estético, no qual ambos expressam e percebem seus sentimentos, emoções, o que assegura o fortalecimento do processo de cuidado. Este momento estético do cuidado pressupõe consciência do cuidador para perceber e captar o viver e o sentir de outro/outros, um maior conhecimento, uma compreensão a ser alcançada nas descobertas ou redescoberta de múltiplas realidades, ampliando suas possibilidades de escolher e decidir o melhor caminho

para o cuidado efetivo. Este padrão é a expressão artística da enfermagem, construída pela percepção e conectada à sensibilidade humana do profissional. O padrão de conhecimento estético do cuidado, portanto, reflete a singularidade e criatividade que o momento do cuidado exige e demonstra ao ser cuidado sentimentos, emoções, humildade, paciência, intuição, flexibilidade, simpatia reconhecendo sempre a singularidade e a intersubjetividade entre o cuidador e o ser cuidado.

Além dos quatro padrões de conhecimento propostos por Carper (1978), também vou refletir sobre os padrões propostos por Munhall (1993), o padrão de conhecimento da enfermagem “**desconhecimento**”; o padrão de conhecimento de enfermagem “**sócio-político**” proposto por WHITE (1995); e os dois padrões propostos por Maia (2007), **o padrão espiritual-metafísico e o padrão ecológico ambiental** desenvolvidos para fundamentar o referencial teórico deste estudo.

O **padrão de conhecimento da enfermagem “desconhecimento”** foi concebido por Munhall (1993). Compreende o reconhecimento do enfermeiro em perceber que não conhece o mundo do outro, sua subjetividade e, portanto, abre-se a esta descoberta, sendo autenticamente presente, estabelecendo uma interconexão entre enfermeira e a incógnita do outro, da outra vida. O espaço para a arte de desconhecer, necessária à compreensão do outro, é o campo perceptual formado quando duas ou mais pessoas encontram-se, trazendo suas perspectivas subjetivas para o encontro. O desconhecimento é um estado difícil de ser vivenciado pelo enfermeiro, mas é a arte de deixar em latência sua própria história, valores, experiências para realmente estar aberto ao outro, reconhecendo e chamando para si um momento de introspecção, para compreender a perspectiva do outro. Em outras palavras, o essencial é que compreenda seu *self* e a do paciente como duas pessoas distintas. Os enfermeiros devem sair de si mesmos deixando suas crenças em suspensão e compartilhar com o outro suas histórias, numa comunhão intersubjetiva. (MUNHAL, 1993)

O padrão denominado de **desconhecimento** é a consciência de que o enfermeiro permanece em alerta à perspectiva da situação do paciente. As suposições, baseadas na opinião subjetiva do enfermeiro sobre a realidade são evitadas. O enfermeiro escuta o paciente e um relacionamento verdadeiro pode ser estabelecido. O desconhecimento está relacionado claramente como o saber ético e é capaz de promover prontidão a aprender como, quando e onde a teoria e a

pesquisa podem ser usadas para produzir um resultado desejado, havendo ainda elementos dos padrões de conhecimento pessoal e estético. (HEATH, 1998). No momento do cuidado emerge o enigma e torna-se visível e real o contexto, estando conectado à subjetividade dos envolvidos, possibilitando exercitar o pensar e o agir em relação ao outro, indo ao encontro da efetiva ação de cuidado.

Nossa compreensão do padrão de **desconhecimento** é que ele contribui para o desenvolvimento/favorecimento de *insights*, de emoções, da intuição e todas as formas de percepção e motiva poder acreditar no mistério e em milagres.

O **padrão desconhecimento** pode ser capaz de fortalecer a forma de ser do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional, despindo-se de questões próprias da vida, focalizando o outro, que se encontra, muitas vezes fragilizado naquele momento, mas que necessita de cuidados. O estado de latência do enfermeiro, o deixar-se de lado e emergir o outro, os seus pensamentos, os seus anseios e suas perspectivas de vida, colaborando para uma compreensão maior e conseqüentemente, propiciando um relacionamento mais próximo, satisfatório e confiante entre enfermeiro e o ser cuidado, bem como subsidiando o cuidado terapêutico. (LACERDA, 2006)

O **padrão de desconhecimento** do outro torna-se realidade, na prática do cuidado, em situações onde existe uma convergência de saberes, realidades, atreladas às experiências anteriores e atuais do paciente em relação ao cuidado de enfermagem, exigindo do ser que cuida, abertura, sensibilidade e libertação de preconceitos e de discriminação em relação ao outro, o ser cuidado para captar o enigma, o desconhecido do outro.

O **padrão de conhecimento sócio-político**, concebido por White (1995), auxilia o olhar atento do enfermeiro e o situa dentro do explícito contexto no qual a enfermagem e o cuidado de saúde estão localizados, provocando questionamentos que admitem suposições sobre sua prática, a profissão e as políticas de saúde. Este padrão de conhecimento da prática de enfermagem está focado no “**em quê**”, “**dentro de quê**”. Ele eleva a visão do profissional/enfermeiro da relação introspectiva e a situa dentro de um contexto mais amplo da prática de enfermagem, possibilitando ao enfermeiro, questionar as verdades ditas sobre sua prática, profissão, como também uma compreensão da enfermagem, da sociedade e das políticas públicas nas quais está inserida a Enfermagem e o enfermeiro. O contexto sócio-político das pessoas e da relação enfermeiro e paciente fundamenta-se no

interesse da identidade cultural, que influencia a compreensão de cada uma das pessoas sobre saúde, causas das doenças, linguagem, identidade e a conexão com o país. O enfermeiro precisa prover um domínio crítico dentro dos fundamentos estruturais do meio social, da política e da economia e analisar como este domínio afeta a saúde das pessoas e das comunidades. Estes efeitos incluem a posição e a visibilidade da enfermagem no planejamento das políticas e nas decisões sobre questões de saúde. Os enfermeiros precisam compreender o mecanismo de entrada na arena política e suas funções.

É um padrão considerado essencial para a compreensão do que envolve os outros padrões de conhecimento. Este padrão focaliza um amplo contexto do processo de cuidado, incluindo o processo organizacional, cultural e político, os quais influenciam o paciente, a família, o enfermeiro, outros profissionais da saúde, a profissão e também outras estruturas que envolvem o processo de cuidar. Este padrão de conhecimento permite a construção de estruturas alternativas da realidade e expressa-se através de transformações e críticas. É um padrão indicado na colaboração e no movimento em busca de melhor igualdade no desenvolvimento do conhecimento. (MELEIS 1997, p. 148)

O padrão de conhecimento **sócio-político** preocupa-se com a profissão, com a prática de enfermagem e com as políticas de saúde. Compreender estas preocupações torna-se fundamental, pois possibilita a visibilidade da profissão em uma estruturação de relações de poder que afetam os resultados de saúde – doença. Acredito que este padrão deve incorporar os conhecimentos do cuidado cultural e transcultural em toda a sua similaridade e diversidade, acolhendo as diferenças raciais, étnicas, sociais, políticas e religiosas, educacionais e de gênero e muitas outras.

O **padrão de conhecimento espiritual metafísico** proposto por Maia (2007), compreende este padrão como uma busca de conexão com o sagrado, possibilidade de encontrar a serenidade, a paz, a harmonia para vencer obstáculos, tendo como chave para acessar esta força/energia a crença e a fé conectada à vibração da força/energia invocada, abrindo espaço para sua manifestação na vida do divino, do sagrado que expande os horizontes e traz renovação à vida. A dimensão do padrão espiritual do sagrado permeia e entrecruza-se com todos os padrões de conhecimento focalizando a perspectiva de cuidado e reconstituição do ser cuidado. Exige conhecimento, abertura, reflexão e consciência crítica durante o

processo do cuidado; exige estar ancorado em bases éticas e bioéticas para o enfrentamento dos dilemas da prática. Os padrões expressivos do conhecimento espiritual são todas as manifestações de práticas religiosas ou filosóficas/metafísicas: orações, meditações, cultos, imagens, símbolos sagrados, espaços sagrados, mantras, etc. O padrão de conhecimento espiritual exige, do enfermeiro conhecimentos de base filosófica, metafísica, antropológicas/culturais e sociais.

O **Padrão de Conhecimento ecológico/ambiental** concebido por Maia (2007), é a compreensão do significado do cuidado nos diversos contextos da prática de enfermagem, onde ocorre o cuidado, determinando que este aconteça em ambiente saudável, e esteja em conexão com a natureza, de forma consciente e respeitosa, preservando valores e princípios da preservação, da conservação e da recuperação da natureza, e do universo como um todo. A dimensão criativa do padrão ambiental/ecológico está relacionada à consciência, à educação, à informação e ao desenvolvimento de tecnologias de cuidado, fundamentadas em princípios ecológicos conscientes e sustentáveis ao ambiente, implicando relações de parceria, harmonia e paz entre todos os envolvidos. A dimensão expressiva do padrão ecológico-ambiental é a segurança e a expressão/apresentação de que os espaços/ambientes do cuidado sejam saudáveis, sem poluição ambiental de ruídos/cheiros/radiações, entre outros. Esta dimensão do padrão exige vigilância, educação, informação, empoderamento e responsabilidade pela defesa do meio ambiente e uma conexão dialógica permanente com a ciência do cuidado intercambiando saberes-poderes-práticas em uma atitude interdisciplinar e transdisciplinar. Este padrão pode ser comparado como o resgate dos princípios de cuidado de Nightingale, atualizado por Watson (2005), em sua teoria de Enfermagem como Ciência Sagrada.

Para a compreensão da epistemologia do conhecimento do cuidado, utilizo, como base teórica, os estudos de Newman e colaboradoras (1995), que apontam três perspectivas paradigmáticas na enfermagem.

A primeira perspectiva é representada pelo **Paradigma Particular-Determinista**, na qual as autoras evidenciam algumas características relativas ao fenômeno, à mudança e às relações entre fenômenos, às formas de saber e de estudar o cuidado. O fenômeno pode ser visualizado como entidade isolada, reduzida, com características definidas, observáveis e mensuráveis. A mudança no

fenômeno é assumida para ser uma consequência das condições antecedentes; condições que sejam suficientemente identificáveis e entendidas podem ser usadas para prever e controlar as mudanças no fenômeno. As relações são entendidas como de causalidade linear. O saber baseia-se em fatos e leis universais. O cuidado, nesta perspectiva, poderia ser estudado como uma intervenção terapêutica explícita com resultados mensuráveis. A abordagem é direcionada para a cura das doenças de forma reduzida e dicotomizada, sendo que todas as formas de terapias, para serem efetivas, devem enfatizar a dimensão física.

Watson (1995) enfatiza que este paradigma apresenta características de estrutura e controle, hierarquia de poder e de desenvolvimento do saber, remoção da dimensão humana do contexto do estudo e ênfase em abordagens quantitativas. Este paradigma ainda tem raízes fortes nas concepções teórico-práticas da enfermagem.

A segunda perspectiva paradigmática é representada pelo **Paradigma Interativo – Integrativo**, proposto por Newman e colaboradores (1995). É considerada uma extensão do paradigma anterior e considera o contexto experiências e a validação de dados subjetivos. Nesta perspectiva paradigmática, o fenômeno é visualizado como tendo partes múltiplas e inter-relacionadas em relação a um contexto específico. A mudança do fenômeno dá-se a partir de múltiplos fatores antecedentes e de relações probabilísticas. As relações entre os fenômenos podem ser recíprocas, sendo o saber relativo, porque depende do contexto. O cuidado nas experiências de saúde é estudado como um fenômeno interativo-integrativo dentro de contextos específicos, mas ainda com previsões probabilísticas. Esta perspectiva apenas avança em relação à primeira pela integração corpo-mente, aceita práticas de cura e cuidado tais como visualização, conhecimentos da psiconeuroimunologia, relaxamento, etc. Na visão de Watson (1995) esta perspectiva enfatiza a humanidade, a intersubjetividade e a totalidade, aceita outras metodologias de abordagem ou de pesquisa, tais como as qualitativas.

A terceira perspectiva é a do **Paradigma Unitário -Transformativo**, o qual representa uma mudança na forma de perceber e compreender os fenômenos. Na perspectiva de Newman e colaboradores (1995), os fenômenos são visualizados como campo unitário e auto-organizável, imerso em um campo maior, também auto-organizável, tendo um padrão de interação com o todo. A mudança é unidirecional e imprevisível, quando o sistema se move através de estágios de organização e

desorganização para organizações mais complexas. A relação dá-se através da interpenetração de campos e da diversidade em campos unificados. O saber é pessoal, envolve reconhecimento de padrões e dá-se na intersubjetividade. O cuidado é visualizado e estudado como um processo unitário-transformativo de mutualidade e de desvelamento criativo. Para Dossey (1989), esta perspectiva reconhece a consciência como não local e transcendente no espaço-tempo. Nesta perspectiva, ocorre a abertura para a pesquisa de fenômenos não físicos, curas à distância e muitas outras formas de cuidado-reconstituição (care-healing).

Esta perspectiva acena para o estudo dos fenômenos, utilizando metodologias qualitativas de bases compreensivas e interpretativas, busca o entendimento na experiência vivida, como estar doente e ser curado, e lança uma mudança radical nas pressuposições ontológicas, epistemológicas e éticas, para a prática e o estudo do cuidado e da compreensão dos processos de viver-adoecer – cuidar- reconstituir-morrer-transcender. (WATSON, 1995).

Ao conceber o referencial teórico para este estudo, sentimos que ele nos dirigiu para a construção de um marco de referência ou de uma perspectiva para compreensão do cuidado de enfermagem, de sua natureza ontológica e das bases da ciência que justificam a enfermagem e a ciência do cuidado como disciplina científica, sua epistemologia. Para tanto acreditamos ser necessário uma atitude reflexiva e crítica diante dos acontecimentos de saúde-doença, com os quais nos defrontamos na contemporaneidade, exigindo uma atitude de cuidado que resgate a ciência, a humanidade e a ética, como também transforme o mundo em uma comunidade de cuidado-diálogo-paz fundamentado na amorosidade e respeito com a vida e a natureza/universo mais amplo.

4 METODOLOGIA

Escrever a História, ou construir um discurso sobre o passado, é sempre um ir ao encontro das questões de uma época. A História se faz como resposta a perguntas e questões formuladas pelos homens em todos os tempos. (PESAVENTO, 2008, p. 59).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem, como proposta metodológica, a realização de uma pesquisa qualitativa de abordagem sócio-histórica, fundamentada na Nova História proposta por Burke (2001, p. 11), em que sua base filosófica é a idéia de que a realidade é socialmente ou culturalmente constituída. A Nova História começou a se interessar por toda atividade humana, tudo tem uma história que pode em principio ser deslindado.

A constituição de bibliotecas e arquivos e a elaboração de métodos de crítica científica vêm conferindo a história o “*status*” de ciência, desde o século XVII. O fato de não “existir história sem erudição” vêm sendo questionada no século XX a partir da crítica da noção de fato histórico, o que Le Goff (2003, p. 9-10) define como objeto que não é acabado, pois resulta da construção do historiador. Esta crítica também faz-se hoje, em relação à noção de documento que, por sua vez, o autor refere não se tratar de “um material bruto, objetivo e inocente, mas exprime o poder da sociedade do passado sobre a memória e o futuro: o documento é monumento”.

“A História é a ciência da mutação e da explicação da mudança”. (LE GOFF, 2003, p. 15). É constituída pela experiência humana vivida integral e socialmente, numa constante contradição de idéias, necessidades e aspirações que se manifestam num movimento de “fazer, desfazer e refazer”. Desta forma, surgem, neste século, novas concepções do conhecimento histórico, refletindo-se em novos caminhos para a pesquisa histórica, através de múltiplas abordagens, problemas, objetos e fontes de pesquisa. Os autores destas novas concepções, mesmo que não comunguem de uma homogeneidade de idéias e posicionamentos perante a História, alinham-se a uma corrente historiográfica que passou a denominar-se Nova

História.

A Nova História tem tradição própria, a dos fundadores da Revista *Annales d'Histoire Economique et Sociale*⁴, idealizada e editada por Lucien Febvre e Marc Bloch, a partir de 1929, que faz uma crítica à noção de fato histórico, como se houvesse uma “realidade histórica acabada que se entregaria por si só ao historiador”. “Os primeiros historiadores dos *Annales* são vistos como responsáveis por uma nova concepção historiográfica, pela ampliação da noção de fonte histórica, pela valorização de uma história estrutural em oposição à “história factual”, por uma prática interdisciplinar e por uma série de outras contribuições”. (BARROS, 2005, p. 63).

Burke (1997), em seu livro “A Escola dos *Annales* (1929-1989) – A Revolução Francesa da Historiografia, apresenta um estudo crítico e conciso do movimento dos *Annales*, distinguindo-o em três gerações. A primeira inclui Lucien Febvre e Marc Bloch, como fundadores, os quais rompem contra o antigo regime historiográfico, a velha história e fundam os *Annales*, revista que carrega como pressuposto a colaboração interdisciplinar, por uma história voltada para problemas, por uma história de sensibilidades. A segunda geração, que tem como figura dominante Ferdinand Braudel, corresponde ao período em que aparecem mais bem definidos e articulados os novos métodos propostos e as categorias que lhes servem de sustentação; história serial, longa duração e principalmente estrutura e conjuntura. E a terceira geração compreende historiadores contemporâneos bastante conhecidos como Jacques Le Goff(1978) e Michèle Perrot(1974), que abandonam a rigidez dos primeiros tempos e adotam posturas mais abertas em relação às outras correntes historiográficas.

Burke (2001, p. 10) define que “a Nova História é a história escrita como uma reação deliberada contra o paradigma tradicional”. A Nova História pode ser reconhecida, se contrastada com a forma tradicional, que se orienta pelo paradigma tradicional e apresenta a História como essencialmente política.

A posição dos *Annales* sobre a Nova História, de acordo com Le Goff (2003, p. 41) pode ser compreendida na citação a seguir:

⁴ A revista foi fundada para promover uma nova espécie de história e continua, ainda hoje, a encorajar inovações. s. A revista teve quatro títulos : *Annales d'histoire économique et sociale* (1929-39); *Annales d'histoire sociale* (1939-1942); *Mélanges d'histoire sociale* (1942); *Annales: économies, sociétés, civilisations* (1946).

Recusar a história superficial e simplista que se detém na superfície dos acontecimentos e investe tudo num fator. [...] O essencial, no entanto, é esse apelo a uma história profunda e total. Primeiro quebrar essa história pobre, solidificada, com a aparência enganadora de pseudo-história.

Para compreender a Nova História, é importante fazer um paralelo do paradigma tradicional da História com a Nova História. Este contraste pode ser resumido em seis pontos.

O primeiro ponto é que a História tradicional era essencialmente política, relacionada ao Estado, mais nacional e internacional do que regional. Já, a Nova história começou a interessar-se virtualmente por toda atividade humana, considerando que tudo tem um passado que pode ser reconstruído. Em segundo lugar, a História tradicional é considerada pelos historiadores como uma “narrativa dos acontecimentos, enquanto a nova história está mais preocupada com a análise das estruturas”. Terceiro, a História tradicional oferece uma visão de cima, isto é, a história dos feitos dos grandes homens, sendo que o restante da humanidade foi considerado de menor importância. A Nova História é a história das pessoas. O quarto ponto consiste no fato de que, no modelo tradicional, as fontes eram constituídas por documentos, registros oficiais que expressam o ponto de vista oficial. A Nova História, além de ampliar o conceito de fontes, de problematizar os objetos de investigação histórica, realiza a reivindicação do individual, do subjetivo, do simbólico como dimensões necessárias e legítimas da análise histórica, e também, critica a noção de tempo e fato histórico, propondo uma história “problematizadora” e não automática. O quinto ponto identificado trata do modelo de explicação presente na História tradicional, que tem sido criticado, porque “ele falha na avaliação da variedade de questionamentos” por parte dos historiadores, que na maioria das vezes estão preocupados com os movimentos coletivos, com as ações individuais, com as tendências e os acontecimentos. Por último, o sexto ponto, centra-se no paradigma objetivo da História tradicional, ou seja, neste a tarefa do historiador é apresentar aos leitores os “fatos” como aconteceram. Na Nova História, os historiadores deslocam o “ideal da Voz da História para aquele da heteroglossia, definida como “vozes variadas e opostas”. A História Nova reflete uma possibilidade para se “considerar mais seriamente as opiniões das pessoas comuns sobre seu próprio passado do que comumente faziam os historiadores na história tradicional

(BURKE, 2001)

A perspectiva da Nova História, segundo Burke (2001), permitiu o aparecimento de inúmeras histórias notáveis, de coisas que nunca se havia pensado possuírem uma história, como exemplo: da infância, da morte, da loucura, do clima, dos odores, e de outras tantas. Revelou a História por uma ótica que estes eventos passaram a serem percebidos como construções culturais com dinâmicas/deslocamentos variáveis no tempo e espaço. Esta nova forma de construção histórica promove uma revolução e renovação nos estudos históricos já realizados.

Para Le Goff (1998), a História Nova é uma história para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema, entender que qualquer sociedade proporciona uma história problemática, em que o passado e o presente são iluminados pela discussão, análise das forças permanentes que atuam sobre as vontades. No entanto, não nos damos conta de quão poderosas são, pois conduzem, aceleram e operam no jogo humano. Assim, possibilita que se saiba quais as forças que estavam em cena em dado momento, qual sua situação, como estavam pós-acontecimento, se isso contribuiu para seu fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não proporcionou nenhuma mudança.

O Paradigma da Nova História contribui para entendermos a história da profissão da enfermagem e do cuidado por esta desenvolvido, nos diferentes cenários e contextos de sua prática, compreendendo as forças políticas, econômicas, sociais, culturais e religiosas e a face do poder-saber com a qual defrontava-se e era dirigida em cada momento histórico no Brasil. Entender estes deslocamentos históricos do existir da Enfermagem enquanto profissão de cuidado, possibilita apreender no tempo e no espaço seus momentos de progresso, retrocessos, conflitos/lutas/ resistências ao poder, bem como as articulações e jogos de verdade, revelando desta forma o poder e o saber que constituíram a identidade dos trabalhadores de enfermagem e da Enfermagem do passado. Esta abordagem da Nova História revela e desvela os bastidores da Enfermagem enquanto profissão de cuidado, dando voz a outros atores sociais (trabalhadores de enfermagem, profissionais de saúde, etc.) a contar sua história com novos nuances, luzes se contrapondo à história oficial da época.

Na perspectiva de Burke (2001) a História Nova, diferentemente do paradigma tradicional, considera que se conta a história, sempre desde um lugar particular. Este movimento, que dá luz para as vozes que vêm de baixo, também

consolida estas vozes, embora seja discutida a efetiva autonomia que esses sujeitos tenham conseguido com a visibilidade que lhes é dada.

Juntamente com o Marxismo, a Nova História constitui-se numa importante corrente da historiografia contemporânea. Autores ligados ao movimento da Nova História, embora não tenham, como afirma Le Goff (2003), um denominador ideológico comum, partilham da mesma preocupação de fazer a história avançar por novos caminhos, problematizando o uso das fontes convencionais da historiografia, as abordagens redundantes e a própria concepção de História em questão. Desta forma, a História Nova ampliou o campo do documento histórico, substituiu a História tradicional, linear, fundada essencialmente nos textos, no documento escrito, por uma história baseada numa variedade de documentos: “escritos de todos os tipos, documentos figurados, produtos de escavações arqueológicas, documentos orais, etc”. (LE GOFF, 2003, p. 36)

Uma das principais fontes de que os historiadores têm-se utilizado nos últimos tempos, têm sido a história oral, especialmente nos casos em que não existem documentos a respeito daquilo que se pretende investigar, ou quando se pretende preencher algumas lacunas da História. Isto não significa dizer que a história oral, por si só não represente um importante instrumento para a coleta de dados. (BURKE, 2001, p. 25)

Neste estudo, utilizamos a história oral como fonte principal, tendo em vista não existirem documentos escritos que relatem a história do cuidado de enfermagem aos pacientes acometidos de tuberculose, no Hospital, nas décadas de 40 a 60. De acordo com informações dadas pelos responsáveis pelo Departamento de Pessoal e Centro de Estudos desta Instituição, os prontuários, relatórios, estatísticas de internação e alta, e documentos de trabalhadores de enfermagem da época perderam-se em incêndio ocorrido nos arquivos. Também utilizamos outras fontes complementares como jornais da época, relatórios do Governo do Estado, existentes nos Arquivos Públicos e na Biblioteca Pública, do Estado de Santa Catarina.

4.2 A HISTÓRIA ORAL

A história oral pode ser empregada em diversas disciplinas das ciências

humanas e tem relação estreita com categorias como biografia, tradição oral, memória, linguagem falada, métodos qualitativos etc. Dependendo da orientação do trabalho, pode ser definida como método de investigação científica, como fonte de pesquisa, ou ainda como técnica de produção e tratamento de depoimentos gravados. Não se pode dizer que ela pertença mais à história do que à antropologia, ou às ciências sociais, nem tampouco que seja uma disciplina particular no conjunto das ciências humanas. Sua especificidade está no próprio fato de se prestar a diversas abordagens. (ALBERTI, 2005, p. 17-18)

Na perspectiva de Alberti (2005, p. 18), a história oral é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Como consequência, o método da história oral produz fontes de consulta (as entrevistas) para outros estudos, podendo ser reunidas em um acervo aberto a pessoas. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, conjunturas etc. à luz de depoimentos de pessoas que deles participaram ou testemunharam.

Para Meihy (2005, p. 84), a história oral é utilizada como ferramenta para produzir documentos, arquivos e investigação referentes à experiência de pessoas ou grupos. Por ser uma narrativa realizada no tempo presente, é reconhecida como uma história do presente. Assim, “o momento da narrativa é o que “presentifica” toda história evocada”. Esta fase resulta do encadeamento entre tempo antigo e tempo dos acontecimentos.

Neste sentido, a história oral é um procedimento metodológico que busca, pela construção de fontes e documentos, registrar, através de narrativas induzidas ou estimuladas, testemunhos, versões e interpretações sobre a História em suas múltiplas dimensões: factuais, temporais, espaciais, conflituosas, consensuais. Não é, portanto, um compartimento da história vivida, mas sim, o registro de depoimentos sobre essa história vivida (DELGADO, 2006, p. 15-16). Visto desta forma, a história oral é um procedimento premeditado de produção do conhecimento, que envolve o entrevistador, o entrevistado e a aparelhagem de gravação. (MEIHY, 2005)

A história oral é um procedimento, um meio, um caminho para produção do conhecimento histórico. Traz em si um duplo ensinamento: sobre a época enfocada pelo depoimento – o tempo passado; e sobre a época em que o depoimento foi

produzido – o tempo presente. Trata-se, portanto, de uma produção especializada de documentos e fontes realizada com interferência do historiador e na qual se cruzam intersubjetividades. (DELGADO, 2006, p. 16)

Ao buscarmos o passado espelhado no presente, reproduzimos, através das narrativas ou depoimentos, a dinâmica da vida pessoal do entrevistado em conexão com processos coletivos. A reconstituição desta dinâmica, pela recordação, pode incluir ênfases, lapsos, esquecimentos, omissões, que contribui para a reconstituição do que passou segundo o olhar de cada depoente. Esta reconstituição leva em conta a temporalidade, ou seja, uma relação entre diversos tempos, o passado, o tempo da trajetória de vida do entrevistado, o tempo presente onde os depoimentos e o documento histórico são produzidos.

Para Delgado (2006, p. 16), a memória, principal fonte dos depoimentos orais, é um cabedal infinito, em que múltiplas variáveis – temporais, topográficas, individuais, coletivas – dialogam entre si, muitas vezes revelando lembranças, algumas vezes, de forma explícita, outras de forma velada, chegando, em alguns casos, a ocultá-las pela camada protetora que o próprio ser humano cria, ao supor, inconscientemente, que assim está se protegendo das dores, dos traumas e das emoções que marcaram sua vida.

No processo de rememorar ainda segundo Delgado (2006, p. 17), é usual que os depoentes, estimulados pelas entrevistas, recorram a velhas relíquias ou a antigos guardados, encobertos pela pátina do tempo, como fotos, objetos, jornais, discos, cartas, poemas, entre outros recursos, que possam contribuir para tornar o ato de lembrar mais vivo. Os entrevistadores também podem incentivar com estímulos externos para que a memória flua com maior facilidade, ou mesmo seja ativada, já que é um processo vivo, atual, renovável e dinâmico. Constitui-se no diálogo do presente com o passado. Um diálogo vivo e enriquecido por estímulos, que podem se fazer presentes no próprio processo de gravação do depoimento oral.

Este processo de rememorar o que vivenciamos, na realização das entrevistas deste estudo que em alguns momentos, no decorrer dos depoimentos, o entrevistado nos mostrava fotos, objetos, diplomas, trabalhos manuais (panos bordados, trabalhos em crochê, jornais, cartazes e revistas da época, poesias

produzidas pelos pacientes, até um almanaque do Jeca Tatu⁵, os quais fizeram emergir lembranças, emoções, sentimentos relacionados a pessoas/colegas/chefias/pacientes e ao próprio tempo passado, como um tempo de amizades, companheirismo, cooperação, um tempo bom para viver e reviver.

História, tempo e memória são processos interligados. Todavia, o tempo da memória ultrapassa o tempo de vida individual e encontra-se com o tempo da História, visto que se nutre de lembranças de família, de músicas e filmes do passado, de tradições, de histórias escutadas e registradas. A memória ativa é um recurso importante para a transmissão de experiências consolidadas ao longo das diferentes temporalidades. (DELGADO, 2006, p. 17)

Em um estudo de história oral, em que sua principal ferramenta é a memória, devemos estar atentos as “distorções” ou “falhas” de memória emergente na fala do entrevistado, pois estas assumem um significado importante para a investigação, pois nos leva a buscar outras fontes ou testemunhos para que a reconstrução histórica ocorra de forma adequada ao tempo vivido pelo entrevistado e ao tempo histórico do contexto do estudo. Para Alberti (2005, p. 19):

Assim, não é mais fator negativo o depoente poder “distorcer” a realidade, ter “falhas” de memória ou “errar” em seu relato; o que importa agora é incluir tais ocorrências em uma reflexão mais ampla, perguntando-se por que razão o entrevistado concebe o passado de uma forma e não de outra e porque razão e em que medida sua concepção difere (ou não) dos outros depoentes.

Neste estudo, utilizamos a história oral como método-fonte-técnica, especialmente como metodologia de pesquisa, de todas as etapas: o método, a elaboração do instrumento para coletar os dados na entrevista, transcrição da entrevista, na discussão e síntese dos resultados.

⁵ A palavra Almanaque é de origem árabe, significa publicação que reúne informação de um tema específico. No Brasil, até a década de 50, os almanaques foram bastante disseminados, com informações de saúde e prevenção de doenças. Um dos mais famosos desde a década de 20 é o Almanaque do Jeca Tatu, com texto de Monteiro Lobato e editado pelo Laboratório Fontoura.

4.3 O CONTEXTO E AS FONTES DO ESTUDO

O contexto do estudo é o Hospital Nereu Ramos em Florianópolis na sua constituição no período de 1940 a 1960 do século XX, mas o contato com os sujeitos do estudo que trabalharam nesta instituição deu-se em espaços/locais escolhidos pelos participantes do estudo, respeitando todas as considerações éticas exigidas pelo Comitê de Ética da UFSC e do Conselho Nacional de Saúde. e que se constituíram nas fontes orais do estudo.

As fontes primárias e documentais deste estudo que contribuíram para o aprofundamento teórico foram: relatórios, portarias, documentos oficiais, os quais forneceram importantes informações sobre o contexto do Hospital Nereu Ramos, do cotidiano do trabalho da enfermagem e o cuidado de enfermagem, como também das condições de vida e trabalho ali desenvolvidas neste período histórico.

Como fontes secundárias do estudo foram utilizadas: teses, livros, dissertações, notícias de jornais, crônicas referentes à área de saúde e à tuberculose, dados econômicos e políticos da cidade de Florianópolis e do Estado de Santa Catarina que foram encontrados no Arquivo Público deste Estado, no Acervo do Hospital Nereu Ramos, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Museu Público do Estado de Santa Catarina, nas Bibliotecas Públicas Municipal e Estadual.

Estes documentos auxiliaram na contextualização do Hospital Nereu Ramos, buscando encontrar seu significado social e de saúde neste período histórico e a compreensão da estrutura sócio-econômica, cultural da capital de Santa Catarina.

4.4 AS FONTES ORAIS E A COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado com doze personagens (oito trabalhadores de enfermagem, um trabalhador do Setor de Serviços Gerais, dois médicos, um ex-paciente), que trabalharam na instituição selecionada e que se constituíram nas

fontes orais primárias. Estes doze personagens⁶ foram entrevistados pela autora deste estudo. Também utilizei três entrevistas já transcritas, sendo as duas primeiras realizadas por Borenstein em 2001, com uma trabalhadora de enfermagem e, em 1997, com um médico anestesista, e também uma entrevista realizada por Ribeiro, em 2001, com uma Irmã da Divina Providência. Estas entrevistas fazem parte do Acervo do GEHCES. Estes personagens fizeram parte direta ou indiretamente do cenário e do cotidiano das práticas de cuidado do Hospital Nereu Ramos no período relativo ao estudo.

As primeiras entrevistas foram realizadas com trabalhadores de enfermagem que atuaram no Hospital Nereu Ramos, nas décadas de 40 a 60 (1943 a 1960), por entender que estes deveriam ser o ponto de origem do estudo, ou seja, o ponto zero. Eles é que iriam direcionar os demais personagens/sujeitos a serem entrevistados, criando uma rede de informações e relações. Esta rede tinha como propósito, servir para abordar o objetivo do estudo, seguindo os indicativos do próprio grupo escolhido, e não seguindo o caminho fixado pela pesquisadora.

Alberti (2005, p. 38) refere que a escolha dos depoentes tem que estar relacionada à temática de estudo e à trajetória de vida dos mesmos, um período determinado cronologicamente, uma função desempenhada ou o envolvimento e a experiência em acontecimentos ou conjunturas específicas. No caso deste estudo a escolha foi por personagens/sujeitos, que tinham sua trajetória de vida ligada ao tema deste estudo, ou seja, o cuidado de enfermagem no Hospital Nereu Ramos, no período do estudo.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre novembro de 2007 a maio de 2008.

Um dos fatos que ampliou de forma substancial, o período de entrevistas foi a dificuldade de encontrar os trabalhadores que constavam de uma lista de trabalhadores aposentados, fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos,

⁶ Ana Costa (77anos, prática de enfermagem e instrumentadora cirúrgica); Jamília Capistrano (78 anos, prática de enfermagem); João Soares (75 anos, auxiliar de enfermagem); Lolita Eugênia Soares(76anos, prática de enfermagem); Maria Adelaide Vieira (77 anos, prática de enfermagem); Maria Nívea Cunha da Silva (74 anos, prática de enfermagem); Anadir Visintainer (77anos, prática de enfermagem); Terezinha Longen (74 anos, prática de enfermagem); Cássio Andrade (77 anos, auxiliar de serviços gerais); Waldir Kurscinski (79 anos, ex-paciente); Isaac Lobato (85 anos, médico fisiologista); Cid Gomes (80 anos, médico fisiologista). Outras entrevistas usadas no estudo realizadas por Borenstein 2001 e 1997: Martinha Vieira (91 anos, prática de enfermagem) e Danilo Duarte (médico, já falecido); entrevista realizada por Ribeiro (2001) Apolônia Westrupp (irmã “Jovina” da Divina Providência, já falecida)

do Hospital Nereu Ramos, os quais tinham trabalhado na Instituição no período do estudo. As dificuldades foram que alguns haviam trocado de endereço e de telefone; outros, os familiares mostraram dificuldades de acesso ao entrevistado, alegando problemas de saúde, viagens ou que apresentavam problemas de memória, ou seja, lembrar do passado; e outros, que percebi demonstraram pouco interesse em participar do estudo, pois disseram não ter muita coisa para contar.

As solicitações para realização das entrevistas foram feitas através de um contato prévio por telefone, quando o entrevistado era informado sobre o objetivo do estudo, da importância de sua participação e da possibilidade de aceitar participar ou não do estudo. Alguns entrevistados mostraram-se muito animados e valorizados com a proposta, colocando-se à disposição para participarem do estudo.

As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos entrevistados, de acordo com sua disponibilidade de dia e horário. A maioria das entrevistas ocorreu na residência dos entrevistados, apenas uma realizada com um médico, foi no seu atual local de trabalho, ou seja, numa sala de um prédio da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As entrevistas realizadas na residência dos entrevistados ocorreram em diferentes pontos da Ilha de Santa Catarina/Florianópolis e também fora dos limites da Ilha: Santo Amaro da Imperatriz, São Pedro de Alcântara.

Na véspera da entrevista, mantinha um contato telefônico para me assegurar se o entrevistado recordava o dia e a hora combinadas, também solicitava mais informações sobre o mapa de acesso à residência dele. Já que de muitos locais/endereços eu desconhecia a forma de chegar, alguns próximos a favelas, zonas de risco, entre outros.

No dia da entrevista propriamente dita, no primeiro contato com o entrevistado, mais uma vez de maneira clara e simples, era explicitado o objetivo do estudo, as estratégias que seriam utilizadas e a importância de sua participação no estudo. Então era solicitada a sua autorização para uso do gravador, o que em geral foi aceito por todos. É importante ressaltar que todos os entrevistados foram bem esclarecidos acerca do estudo em questão e principalmente dos objetivos e uso dos resultados deste estudo como forma de preservação da memória dos trabalhadores de enfermagem relacionada a sua atividade laboral e à construção da história da enfermagem do Hospital Nereu Ramos, nas décadas de 40 à 60.

Alberti (2005, p. 45) refere que “é na realização de entrevistas que se situa efetivamente o fazer da história oral, é para lá que convergem os investimentos

iniciais de implantação do projeto de pesquisa e é de lá que partem os esforços de tratamento do acervo”.

Procuramos ao realizar as entrevistas, seguir as observações propostas por Delgado (2006, p. 27), que são:

- considerar que o ato de entrevistar é constituído por uma relação humana que pressupõe alteridade e respeito;
- buscar um diálogo sincero e consistente com o entrevistado;
- deixar fluir a entrevista evitando questionários rígidos que possam interromper a narrativa;
- respeitar os momentos de silêncio e esquecimento, pois são tão significativos quanto a narrativa que flui sem interrupções;
- considerar as possibilidades e os limites do entrevistado como determinantes para o ritmo da entrevista, inclusive, influenciando na duração de cada entrevista e no intervalo entre uma entrevista e outra;
- evitar perguntas nas quais o entrevistador manifeste antecipadamente sua opinião sobre o assunto em pauta. Este cuidado é fundamental como contribuição para a espontaneidade e melhor fidedignidade do depoimento;
- respeitar o temperamento e a personalidade do entrevistado, que muito influenciam as características de sua narrativa;
- formular perguntas que provoquem respostas;
- considerar que as lembranças são construções do presente sobre o passado; em função dessa correlação de temporalidades, evitar perguntas presas a detalhes, como datas bem definidas; é preferível, quando necessário, referir-se à anos ou a meses; a melhor forma de contribuição para se ativar a memória do depoente é a utilização de recursos tais como: documentos, fotos, entre outros;
- evitar interromper uma narrativa, buscando contribuir dessa forma para que o entrevistado não perca o fio de sua recordação;
- levar material de apoio como jornais, fotos, objetos, plantas, mapas, entre outros que possam contribuir para o melhor desenvolvimento da entrevista;
- realizar a entrevista em local no qual o entrevistado se sinta mais a vontade e confiante, buscando evitar, contudo, espaços de muita circulação de pessoas, ou pouco silenciosos;
- evitar a presença de terceiros, já que isso acaba por interferir na dinâmica da entrevista, seja inibindo o entrevistado, seja influenciando no conteúdo de sua

narrativa e opiniões;

- tratar o entrevistado com respeito e cuidado absoluto, pois, para muitas pessoas recordar alguns episódios de seu passado, ou mesmo relembrar a trajetória de sua vida, pode ser uma experiência dolorosa ou fortemente emotiva;

- nunca pressionar o informante, procurando manter um clima de relaxamento e de estímulo sutil ao ato de lembrar;

- buscar criar uma relação de confiança, que possa contribuir para o sucesso da entrevista; é preciso saber silenciar, ouvir, estimular lembranças, repetir em voz alta perguntas que não foram entendidas, não falar ao mesmo tempo que o depoente e repetir perguntas delicadas e importantes de diferentes maneiras.

As entrevistas realizadas foram registradas em gravador digital, gravadas em CD-ROM e com tempo médio de duração de duas a três horas. Esta diferença de duração do tempo pode ser entendida como resultante das lembranças dos entrevistados, as quais emergiram no transcorrer da entrevista, na medida em que estes foram rememorando uma época marcante em suas vidas, cheias de emoções e significados para eles.

Para Bosi (1994, p. 55), na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho. Se é assim deve-se duvidar da sobrevivência do passado, “tal como foi” e que se daria no inconsciente de cada sujeito. A lembrança é uma imagem construída pelos materiais que estão agora, a nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual.

Para a entrevista utilizei-me de um Roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A), que teve como base o Referencial Teórico proposto para este estudo. Segundo Trivinos (1990, p. 146), ela se caracteriza por um tipo de instrumento no qual o pesquisador parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipótese, que interessam à pesquisa e, em seguida, oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. Apesar da utilização de um roteiro, previamente elaborado não impediu que em alguns momentos, conversássemos outros assuntos. Conforme refere

Alberti (2005, p. 102), o ideal numa entrevista, é que se caminhe em direção a um diálogo informal e sincero, que permita a cumplicidade entre entrevistado e entrevistador, à medida que ambos se engajam na reconstrução, na reflexão e na interpretação do passado. Também para Bosi (1994, p. 39), a memória é um cabedal infinito do qual só registramos um fragmento. Freqüentemente, as mais vivas recordações afloram depois da entrevista, na hora do cafezinho, na escada, no jardim, ou na despedida no portão. Muitas passagens não foram registradas, foram contadas em confiança, como confidências. Continuando a escutar ouviríamos outro tanto e ainda mais. Lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito.

Estas considerações referidas por Alberti (2005) e Bosi (1994), também vivenciamos no decorrer das entrevistas, pois percebemos que informações importantes relacionadas ao estudo, eram muitas vezes verbalizadas nos momentos de descontração, como na hora do cafezinho, na saída ou quando o gravador estava desligado. Uma entrevista constitui-se em espaço de abertura, possibilidade para acontecer uma relação dialógica e fraternal.

A partir da realização das primeiras entrevistas foram indicados novos personagens/sujeitos que tinham sido integrantes da equipe de enfermagem, dos médicos e de alguns trabalhadores de outros setores do Hospital, que atuaram no Hospital Nereu Ramos, nas décadas de 40 a 60. Estes vivenciaram uma mesma época e tinham um conhecimento maior dos acontecimentos do Hospital nesse período.

Em minha primeira entrevista realizada para este estudo, me senti muito sensibilizada, e me emocionou muito, tanto pela delicadeza do trato pessoal da entrevistada, pela clareza de sua fala e memória, suas lembranças do período em que trabalhou no Hospital Nereu Ramos, como também pelo que pude captar através de sua fala, o seu compromisso com o cuidado de si e do outro, o seu respeito pela profissão de enfermagem. Foi uma entrevista que me deu motivação e energia para prosseguir e realizar as entrevistas posteriores, as quais foram alimentadas pelas informações preciosas sobre os bastidores da enfermagem e de suas práticas de cuidado no Hospital Nereu Ramos na década de 40 a 60. Esta entrevistada possibilitou-me conhecer como era viver em Florianópolis naquele tempo, mostrou a dinâmica da cidade, seus valores sócio-culturais e religiosos, a influência político-partidária muito forte, a qual interferia nas Instituições e na vida da população. É importante ressaltar que esta entrevistada aguardou-me para a

entrevista, com um álbum de fotos da época, dos trabalhadores de enfermagem do Hospital e das festas lá realizadas, com o objetivo de me emprestar para enriquecer meu estudo. Ao rever as fotos, transbordou de emoção e lembranças dos colegas e amigos queridos e também das Irmãs da Divina Providência, que trabalharam na Instituição.

Um dos aspectos que acredito ter facilitado a relação com os entrevistados foi o fato de eu ter trabalhado como enfermeira no Hospital Nereu Ramos, na década de 90. Acredito que isto contribuiu para a aproximação, por termos tido o mesmo vínculo empregatício. Houve momentos, no transcorrer da entrevista, que as lembranças e recordações dos entrevistados emergiram carregadas de muita emoção e significados. Estes momentos contribuíram para perceber o “não dito”, a emoção do ser e de sua alma, ao recordar um tempo passado, que pertenceu à construção de sua história pessoal e de trabalho.

Outro fato que me gratificou muito enquanto pesquisadora foi a atenção com que fui recebida na casa dos entrevistados e de seus familiares. Em minha primeira entrevista, fui esperada com uma mesa de café, com muitos doces, pães, bolos, guloseimas, algumas que nem conhecia, mas que fazem parte do ritual do café dos moradores mais antigos da Ilha de Santa Catarina.

Outra entrevista, que foi bastante importante para compreender alguns fatos e eventos, foi realizada com uma auxiliar de enfermagem, que havia atuado como instrumentadora cirúrgica no Hospital Nereu Ramos. A entrevista foi realizada em sua residência no sul da Ilha de Santa Catarina. Durante a entrevista, a auxiliar de enfermagem, corroborou informações anteriores e forneceu outras tantas, que possibilitaram estabelecer outros questionamentos para as entrevistas seguintes. Após encerrar a entrevista e desligar o gravador, a entrevistada, confidenciou a forma autoritária e a disciplina rígida com que eram tratados no Hospital Nereu Ramos. Referiu que o tratamento recebido lhe deixou marcas profundas, o que me levou a concluir que, ao estar em cenário de dor e sofrimento, sem um preparo formal para cuidar, foi muito estressante e, por muitas vezes, comprometedor do ponto de vista ético. Penso que, dentre todas as entrevistas, esta foi a que me surpreendeu e marcou bastante, tanto pela forma como fui bem recebida e acolhida, como pela confiança inspirada e a oportunidade de compartilhar memórias pessoais que estavam veladas pelo tempo.

Ao final de cada uma das entrevistas, que aconteceram em diferentes

períodos do dia, com predominância no período da tarde, agradecia e acertava com cada um (uma), o retorno num futuro próximo, para que pudesse realizar a leitura da transcrição da entrevista e a assinatura do termo de cessão da mesma. De acordo com Meihy (2005, p. 188), faz-se necessário uma Carta de Cessão, de forma a definir a legalidade do uso da entrevista.

Após a apresentação das entrevistas transcritas, todos os entrevistados leram e complementaram com mais informações e aceitaram doar as entrevistas assinando o Termo de Cessão previamente elaborado por mim (Apêndice B).

O registro fotográfico dos entrevistados, na maioria das vezes, ocorreu no momento da entrevista; em outros, no momento do retorno, quando da leitura da transcrição das entrevistas. Os entrevistados demonstraram sentir-se valorizados e felizes pela oportunidade, quando procuraram vestir suas melhores roupas, escolheram um local bonito para posarem para a foto, ou no atual local de trabalho.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo foi utilizada a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos nos seus vários aspectos. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996)

Este estudo só foi realizado após submissão e aprovação do projeto de número 337/07, do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Catarina, e aprovado em reunião realizada no dia 26 de novembro de 2007, com base no CONEP/ANVS – Resoluções 196/96 e 251/97, do CNS.

Todos os entrevistados do estudo foram esclarecidos quanto:

- o tipo de pesquisa;
- o direito de participar ou não da pesquisa;
- o sigilo de algumas de suas informações;
- o seu anonimato, caso assim o desejasse;
- o uso de imagens fotográficas/vídeos e gravação de seu relato;

- a possibilidade de interromper a entrevista e pedir esclarecimentos, e a possibilidade de desistir em qualquer fase do processo;
- o consentimento livre e esclarecimento.

A ética na história oral, de acordo com Amado (1997) deve ser clara e elucidativa, possibilitando ao entrevistado obter o máximo de informações sobre o assunto. Conversar com pessoas implica, por parte do historiador, numa parcela muito maior de responsabilidade e compromisso, pois tudo aquilo que escrever ou disser não apenas lançará luz sobre estas pessoas e personagens históricos, mas trará consequências imediatas para as existências dos informantes e seus círculos familiares, sociais e profissionais. Neste sentido, existe semelhança entre o trabalho dos historiadores que pesquisam fontes orais e o dos jornalistas, cujos textos também têm o imenso poder de influenciar diretamente nos destinos das pessoas e os desdobramentos dos fatos a que se referem.

Ainda na visão desta autora, outro fator que torna a ética especialmente importante na História Oral são as relações pessoais estabelecidas entre os historiadores e seus entrevistados. De forma análoga à do entrevistado, o historiador, muitas vezes deixa-se envolver pelo ambiente das entrevistas, pelas histórias ali contadas, pela emoção das evocações, esquecendo-se de representar o papel profissional normalmente atribuído a ele e criando fortes laços pessoais com os informantes, tanto de admiração, amizade e amor, quanto de antipatia, rejeição e mesmo ódio. Embebidas de emoção, estas relações pessoais repercutem de várias maneiras sobre o trabalho final do historiador, em geral de forma inconsciente para ele. Determinados trechos de entrevistas, por exemplo, que embelezam os feitos dos informantes, com os quais o historiador simpatiza, podem ser citados, repetidos ou estendidos, enquanto outros, que prejudicam a imagem do informante, podem ser negligenciados, resumidos ou afastados para notas.

O cuidado em relação aos aspectos éticos da pesquisa pelo historiador deve-se ao conteúdo das informações divulgadas através de seu trabalho, pois, trarão consequências imediatas para ele próprio; exatamente por não terem papéis, os informantes reagem aos dados e interpretações publicados, com manifestações de agrado, descontentamento ou fúria, o que pode gerar uma série de consequências e repercussões imediatas sobre a sua vida profissional. É evidente que a antecipação destas possíveis consequências interfere na elaboração do trabalho, fazendo com que omita uma ou outra informação, capaz de gerar

tormentas para si próprio. (AMADO, 1997)

Por outro lado, também existe forte ligação ética com a História Oral, evidenciada nos procedimentos metodológicos e técnicos que constituem a prática da disciplina: a necessidade de o historiador ser fiel não apenas às palavras dos informantes, mas ao sentido da entrevista, evitando, por exemplo, citar trechos onde apenas uma parte das opiniões é revelada, para não lhes alterar o significado global; a necessidade de o historiador explicitar aos informantes os objetivos do trabalho e os possíveis usos que fará da entrevista; a necessidade de respeitar as solicitações dos entrevistados, como o resguardo da identidade; a necessidade de diferenciar a fala de cada um dos entrevistados; evitando diluí-lo em conjunto homogêneo, indiferenciado internamente; a necessidade de diferenciar claramente a voz do historiador e dos entrevistados. (AMADO, 1997)

Para ser reconhecida como ética, a relação entre o historiador e o informante, envolve uma troca e um pacto de confiança e responsabilidade, pois ao concordar com a entrevista, compartilhando saber e doando seu tempo ao historiador, a retribuição dele deve ser a devolução aos entrevistados da pesquisa que estes ajudaram a construir. A prática mais comum é *presentear ou entregar aos informantes um exemplar da produção: tese, dissertação, livro, vídeo, etc.*

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesta fase do processo metodológico, o pesquisador conta a história a partir da interpretação dos dados e envolve o leitor no debate histórico, pois, ao longo da sua exposição, explica o que aconteceu e porque aconteceu a partir da documentação ou relato obtido. (PADILHA; BORENSTEIN, 2005)

A análise dos dados coletados deu-se em etapas: 1) transcrição e revisão de tudo que foi gravado; 2) leitura e releitura das transcrições das gravações; 3) codificação dos dados a partir do Referencial Teórico proposto para o estudo.

No presente estudo, utilizamos a análise de conteúdo temática, técnica adotada por Minayo (2004), onde buscamos, através de uma análise temática descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação.

Segundo Minayo (2004), esta análise ocorre em três fases. A primeira

corresponde à pré-análise, que consiste na fase da organização dos dados propriamente dita e tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. A exploração do material/descrição analítica é a segunda fase e a mais longa e fastidiosa, que diz respeito a operações de codificação, classificação e categorização. A terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação/tratamento em que os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Os dados foram organizados por categorias produzidas após análise e interpretação dos dados que serão apresentadas e discutidas neste estudo do seguinte modo:

- 1) O Hospital Nereu Ramos: Cenário desta História;
- 2) Os Trabalhadores de Enfermagem e sua Formação no Hospital Nereu Ramos 1940-1960;
- 3) Os Padrões de Conhecimento de Cuidado desenvolvidos no Hospital Nereu Ramos 1940-1960*
 - 3.1 - padrão de conhecimento ético de cuidado
 - 3.2- padrão de conhecimento estético de cuidado;
 - 3.3 - padrão de conhecimento empírico de cuidado.

Para efeito desta tese em relação à categoria padrões de conhecimento de cuidado, apresentaremos, na discussão dos dados, apenas três padrões de conhecimento propostos por Carper (1978)

A discussão dos demais padrões de conhecimento de cuidado apresentados no Referencial Teórico deste estudo serão publicados em forma de artigo científico com os seguintes títulos: 1) O padrão de conhecimento pessoal dos trabalhadores de enfermagem do HNR (1943-1960); 2) Padrão de Conhecimento Espiritual-Metafísico - a expressão do cuidado de uma época (1943-1960); 4) Padrão de Conhecimento Espiritual-Metafísico: a busca da sacralidade do cuidado de enfermagem; 4) O padrão de Conhecimento sócio-político de trabalhadores de enfermagem do HNR (1943-1960); 5) Padrão de Conhecimento ecológico– ambiental – ampliando o olhar para o cuidado de enfermagem; 6) Padrões de Conhecimento de Enfermagem: Ampliando o olhar para o cuidado (o referencial teórico concebido para esta tese)



(Clio, musa da História e o Tempo, Francisco de Goya, século XIX)

No Monte Parnaso, morada das Musas, uma delas se destaca. Fisionomia serena, olhar franco, beleza incomparável. Nas mãos, o estilete da escrita, a trombeta da fama. Seu nome é Clio, a musa da História. Neste tempo sem tempo que é o tempo do mito, as musas, esses seres divinos, filhos de Zeus e de Mnemósine, a Memória, têm o dom de dar existência àquilo que cantam. E, no Monte Parnaso, cremos que Clio era uma filha diletta entre as Musas, pois partilhava com sua mãe o mesmo campo do passado e a mesma tarefa de fazer lembrar. Talvez, até, Clio superasse Mnemósine, uma vez que, com o estilete da escrita, fixava em narrativa aquilo que cantava e a trombeta da fama conferia notoriedade ao que celebrava. (PESAVENTO, 2008, p.7)

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 HOSPITAL NEREU RAMOS: CENÁRIO DESTA HISTÓRIA

A lembrança é a sobrevivência do passado. O passado conservando-se no espírito de cada ser humano, aflora a consciência na forma de imagens –lembranças. A sua forma pura seria a imagem presente nos sonhos e devaneios. (BOSI, 1994, p. 53).

5.1.1 O Brasil em tempos de tuberculose

A História, como instrumento de conhecimento e reflexão crítica, tem estado presente no campo da saúde pública desde os seus primórdios. A agenda internacional atual reforça esta presença, expressa pela reivindicação manifestada pelos historiadores, outros especialistas e gestores, de um encontro ativo da história com a saúde, visando a compreensão presente e futura das reformas dos sistemas de saúde. Ao analisar o processo no tempo e no espaço contextualizando-os e inserindo saúde e doença na sociedade e na cultura, historiadores podem informar sobre práticas passadas, iluminar opções, possibilitar comparações. Esta crescente reivindicação explicita o entendimento de que a história, ao narrar e interpretar processos de saúde e doença em contextos temporais e espaciais específicos, constitui, interpela e transforma o próprio objeto com impactos sobre as compreensões dos atores individuais e coletivos as identidades profissionais e sua formação, e o funcionamento das instituições e as políticas. Para nós, história é política pública. (HOCHMAN et al., 2008)

Entre os temas que vêm sendo crescentemente valorizados tanto por historiadores como pelos formuladores de políticas acadêmicos, gestores e ativistas de movimentos sociais, destacam-se os estudos históricos sobre trabalhadores de saúde, sua formação, atuação, condições de trabalho, organização e reprodução. Não se trata apenas da abordagem tradicional sobre a qualificação de recursos humanos, no sentido do preparo dos profissionais para atuar nos sistemas de saúde, mas também da avaliação dos diferentes contextos econômicos, políticos e culturais

em que se inserem as práticas dos trabalhadores em saúde, quer os educados segundo cânones convencionais do campo profissional, quer os que se caracterizam pela formação e prática do não tradicional. (HOCHMAN et al., 2008)

O advento do trabalho assalariado urbano, que surge com a industrialização, permite o surgimento no país de uma política de saúde coordenada pelo Estado e executada de forma sistemática, a nível nacional, regional e local. A crise econômica mundial, iniciada em 1929, desencadeia a rearticulação das forças políticas no Brasil. O ano de 1930 assinala o começo da estruturação de um Estado nitidamente intervencionista: o governo de Getúlio Vargas, de (1930 a 1937), formou um novo sistema político, ainda elitista, caracterizado pela intervenção nos estados, gerando a implantação de uma extensa rede de órgãos burocráticos, e a inativação dos partidos políticos, tornando-se o Estado cada vez mais centralizador. A reforma político administrativa de 1930, redimensionou ou integrou órgãos governamentais existentes e criou novos órgãos, como o Ministério da Educação e Saúde (MES), desmembrado do Ministério da Justiça. Com isto o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) tornou-se o órgão máximo responsável pela normatização e execução das políticas sanitárias. (BARREIRA, 1992, p. 54)

Nesta época, de acordo com Barreira (1992, p.54), a deficiência de leitos para tuberculose, na capital da República, era tão grave que, diante da impossibilidade de construir e instalar um ou mais sanatórios de grande dimensão e completa aparelhagem, o governo federal, a partir de 1935, recorreu ao expediente da preparação de pequenos e modestos hospitais destinados a abrigar doentes cuja internação apresentava-se como de urgentíssima necessidade.

Com a implantação do Estado Novo, a partir de 1937, o governo federal deu início a um plano de construção e instalação de sanatórios nas diferentes unidades da federação, segundo a mais moderna concepção arquitetônica da época, ou seja, o mono bloco vertical, cujo pressuposto era “máxima concentração dos serviços hospitalares”, em oposição ao “princípio da dispersão em pavilhões isolados” numa ampla e bem ventilada superfície ajardinada. A arquitetura pavilhonar passou a ser acusada de antieconômica e inadequada à nova organização hospitalar dificultando a circulação de pessoas e materiais, além de complicar às instalações elétricas, hidráulicas, de gás, entre outras. (BARREIRA, 1992, p. 55)

Ainda de acordo com Barreira (1992, p. 55), a construção dos sanatórios era feita de forma morosa durante anos e anos a fio, o que não expressava uma vontade

política de combater a tuberculose e sim de realizar obras monumentais, das quais se pudesse auferir popularidade. Nesse sentido, a obsolescência do hospital pavilhonar, no Brasil, ocorreu por conta da massificação da assistência hospitalar na política populista de Vargas, aliada ao deslocamento do pólo de irradiação teórico conceitual da Europa para os Estados Unidos; ao mesmo tempo que surgiam novos entendimentos sobre as formas de contágio das doenças, desenvolvia-se a tecnologia médica eletro-eletrônica, bem como desenvolvia-se a arquitetura, esta segundo a proposta do movimento modernista. (BENCHIMOL, 1990, p. 220-222)

Em abril de 1941, o Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema propõe nova reforma na estrutura do MES, procurando tornar mais centralizada a atuação dos órgãos federais de saúde nos estados, e criando, para tanto, os serviços nacionais de saúde. Com a reforma, estruturou-se definitivamente o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que passou a compreender 22 órgãos de ação: Instituto Oswaldo Cruz, Serviço Federal de Águas e Esgoto, Serviço Federal de Bioestatística, Serviço de Administração, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional da Febre Amarela, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional da Peste, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Nacional do Câncer e o Serviço Nacional dos Portos, além de seis Delegacias Federais de Saúde e duas divisórias supletivas. As Divisões de Saúde Pública, de Assistência Hospitalar e de Assistência a Psicopatas foram extintas pelo decreto 3171, de 1941. (HOCHMAN, FONSECA, 2000, p.180)

Para esta nova configuração do campo médico na área sanitária, foram instauradas novas práticas e concepções, ao mesmo tempo em que passou a exigir o concurso de novos agentes, acentuando-se a especialização em saúde pública ou higiene, a formação desses novos profissionais e a difusão da educação sanitária. Dentre as exigências de treinamento específico e de dedicação integral à carreira promoveram a criação de uma geração de médicos, educadoras e enfermeiras sanitaristas. O ideal de profissionais eficientes e dedicados em tempo integral ao trabalho foi um importante aspecto traçado nos moldes propostos pelo modelo sanitário da Fundação Rockefeller. A realização de cursos intensivos voltou-se à formação de profissionais em saúde pública para atuar nos serviços de visita domiciliar e nos vários dispensários dos centros de saúde. O Departamento Nacional de Saúde Pública também empenhou-se no preparo de fisiologistas, no aumento do

número de enfermeiras e de visitadoras sanitárias. (FARIA, 2007, p. 67)

A criação em 1941, do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), de acordo com Vaz (1996, p. 16), tem a incumbência de dedicar-se especialmente ao estudo dos problemas relativos à tuberculose e ao desenvolvimento de meios para a ação profilática e assistencial.

O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) entre os anos de 42 e 45, instalou e inaugurou vários sanatórios pelo país, o que facilita o atendimento aos pacientes do interior e evita seu afluxo às capitais. Neste período, o tratamento dispensarial é adotado como principal meio de ação na luta contra a tuberculose e a vacinação BCG torna-se obrigatória para todos os recém-nascidos e alérgicos. (VAGHETTI 1999, p. 6)

Outro acontecimento importante, que merece destaque foi a participação da enfermagem na instituição da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), em 1946, constituindo-se em importante marco na trajetória histórica do controle da doença, pela capacidade de uniformização e padronização de orientação e de comando nas decisões em nível nacional. A Campanha assume como proposta, o aumento da estrutura de hospitais e sanatórios em todo país, trazendo a idéia de interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde, bem como a formação de recursos humanos de nível médio e superior.

O aumento da estrutura dos hospitais e sanatórios possibilitou uma maior participação de enfermeiras na Campanha Nacional Contra a Tuberculose através do apoio prestado às escolas, facilitando-lhes o recrutamento de candidatas, mediante a concessão de bolsas e contratação de uma parcela considerável de enfermeiras diplomadas a cada ano. Na segunda gestão da CNCT, a enfermagem passa a executar ações de planejamento em equipes multiprofissionais, supervisão, educação continuada e assessoria técnica. (VAGHETTI, 1999, p. 9)

A participação da enfermagem na Campanha Nacional Contra a Tuberculose construiu uma nova identidade profissional para as enfermeiras, ampliando seu papel de cuidadora a administradora, representando um papel de agente da ordem institucional, representando desta forma, uma presença forte e vigilante e por que não dizer, uma mística de poder-saber, onde garantiu seu espaço profissional e de ascensão social.

5.1.2 Florianópolis em tempos de tuberculose: o Hospital Nereu Ramos

O contexto histórico político e cultural de Florianópolis, na década de 40, era de uma cidade provinciana, que buscava a modernidade, mas faltava infraestrutura de uma rede de esgotos, de água tratada e de energia elétrica suficiente para fazer a cidade crescer, empregos, indústrias, e de uma rede assistencial de saúde hospitalar e de saúde pública para atender as demandas de saúde da população no tratamento das mais diversas doenças, como a tuberculose e muitas outras. As principais atividades desenvolvidas pela população neste período, estavam relacionadas com agricultura, pecuária, silvicultura, atividades domésticas e escolares. (BORENSTEIN, 2000, p. 98).

A capital do Estado, Florianópolis, andava a passos lentos em direção a sua urbanização e modernização, pois, na década de 50, ainda apresentava as mesmas carências de infraestrutura, com a constante falta de energia elétrica, defasagem dos portos, precariedade das rodovias e escassez de ferrovias. O governo estadual buscava novas políticas de desenvolvimento através de uma proposta de planejamento governamental para o Estado e para a capital. Foi estabelecido um Plano de Obras e Equipamentos (POE), e no município o seu Primeiro Plano Diretor (1954), com o objetivo de superar o atraso. Florianópolis passou a ser o principal centro varejista do Estado, com 2321 pessoas trabalhando diretamente nesse setor. No entanto, o maior contingente de pessoas estava executando atividades em serviços variados, que incluíam os profissionais liberais, bem com funcionários públicos municipais, estaduais e federais. Nestes, incluíam-se os professores das escolas públicas e das particulares (5.279). A atividade industrial de maior vulto estava restrita às fábricas da Casa Hoepcke. (BORENSTEIN, 2000, p. 99; CEAG, 1980, p.192-193)

A capital do Estado não apresentava instituições de saúde para o atendimento e internação de pessoas acometidas tanto pelas doenças infecto contagiosas quanto pela tuberculose. Havia apenas o Departamento de Saúde Pública, o qual foi inaugurado em 1936, no governo do Interventor Nereu Ramos, o qual estabeleceu a saúde pública como uma das prioridades de governo no Estado de Santa Catarina. Sua estratégia administrativa dividiu o Estado em Distritos Sanitários, transformou a Diretoria de Higiene em Departamento de Saúde Pública,

que compreendia a Administração Central, um Centro de Saúde que contava com serviços especializados no combate a todas as endemias e na profilaxia dos males que constituíam verdadeiros flagelos sociais e contribuía para manter em nível de inferioridade física e mental de grandes contingentes humanos. (SANTA CATARINA, 1939)

A tuberculose, a sífilis e a lepra (hoje hanseníase) eram ali tratada por profissionais especialistas. Da estrutura do Departamento de Saúde faziam parte o Laboratório Central, a Usina de Pasteurização de Leite e os Centros de Saúde das principais cidades do Estado. Neste sentido, o Departamento de Saúde Pública, na década de 40, em relação a tuberculose, fazia os trabalhos de investigação epidemiológica, de profilaxia e visitação domiciliar, como também diagnosticava os casos, e encaminhava para internação hospitalar e, posteriormente, fazia o acompanhamento pós alta, visando a continuidade do tratamento.(SANTA CATARINA, 1939)

Os documentos produzidos na década de 40 pelo Governo do Estado, demonstram a luta das autoridades públicas para atender as necessidades de saúde da população como podemos observar no relatório apresentado por Nereu Ramos ao Exmo Sr. Presidente da República Getúlio Vargas, em 1939, onde consta que:

[...] a Tuberculose constitui grave problema sanitário no Estado, preferentemente nos grandes centros urbanos da zona litorânea , onde numerosos óbitos foram registrados atestando elevada incidência da moléstia. O movimento do Dispensário instalado no Centro de Saúde da Capital, dá a positivação de dezenas de exames de escarros suspeitos, provenientes de núcleos de Itajaí e Joinville, bem traduzem a parte que cabe a insidiosa enfermidade no quadro nosológico catarinense, donde sua importância nas novas empreitadas saneadoras a cumprir pelo Departamento. O mesmo Relatório prossegue relatando a existência de um anexo ao Hospital de Caridade de Florianópolis, um pavilhão para tuberculosos com a capacidade de 36 leitos, onde se recolhem doentes em fase mais avançada, não só do município, como de outras regiões do Estado, alteram-se deste modo para mais, os coeficientes de mortalidade da moléstia na capital. (ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 1940, p. 72).

Os casos de tuberculose cresciam no Estado, apresentando altas taxas de morbidade e mortalidade, na capital e em cidades como Tubarão, Criciúma, Joinville e Itajaí. A tuberculose atinge a população trabalhadora e pobre, associada à falta de

estrutura hospitalar, a falta de uma terapêutica eficaz para o tratamento, e de uma política firme para o combate a doença. Já no Relatório⁷ apresentado por Nereu Ramos ao Exmo. Presidente da República Getúlio Vargas, referente ao exercício de 1942, consta que:

[...] a situação da Tuberculose no Estado: como um problema de certa gravidade. Infelizmente sua resolução não depende unicamente da ação sanitária. Mas incumbe a ação oficial orientar a campanha de redução desse mal, organizando a assistência profilática em seus quartéis sanitários, hospitais, etc. e congregando as forças dos vários setores que lhe são afluentes, como principalmente, o social, o comercial, o educacional. Ao inaugurar, breve, o modelar Hospital Nereu Ramos, o governo terá dado um longo passo, seguro e animoso, é de esperar o momento em prol desse apostolado em todos os pontos do Estado {...} além da atenção aos que procuram o Serviço de Tuberculose, deverá incentivar o trabalho dos visitantes e realizar um inquérito do médico chefe. Nesse sentido foram iniciadas as provas de Mantoux nas coletividades da capital começando pelas escolas. Esses trabalhos deverão continuar ampliando-se gradativamente e no próximo serão realizados curso nos centros educacionais e militares [...]. (ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 1943, p.82)

É importante ressaltar que no ano de 1943, foram atendidos no Centro de Saúde da capital, no Serviço de Profilaxia de Tuberculose, 8326 novos casos de tuberculose. O aparecimento de novos casos era uma resposta aos programas de educação sanitária na época, à exigência dos atestados de Saúde por parte dos empregadores e até pelas Escolas. Tudo fazia parte de uma política de controle social e de eugenia de raça, a busca de uma população saudável e forte. Na visão de Borenstein (2000) a criação do Hospital Nereu Ramos fazia parte da política do Governo Federal de Getúlio Vargas, que era a “eugenia de raça”.

O período entre 1930 e 1945, foi o mais conturbado do século XX, marcado por um conflito mundial, o advento da “Guerra Fria” e, no Brasil, pelos longos anos do Estado Novo⁸, dominado pelo governo centralizador de Getúlio Vargas. Em Santa Catarina, o Interventor Nereu Ramos moldava-se às regras ditadas pelo poder

⁷ Relatório apresentado ao Exmo Sr. Presidente da República Getúlio Vargas, pelo Interventor Federal do Estado de Santa Catarina em 1943, p.82. Florianópolis: Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, 2008.

⁸ Estado Novo é o nome que se deu ao período em que Getúlio Vargas governou o Brasil de 1937 a 1945. Período que ficou marcado no campo político, por um governo ditatorial. Rose, R.S. Uma das coisas esquecidas Getúlio Vargas e Controle Social no Brasil – 1930-1954. Companhia das Letras. 2001.

federal, que se pretendiam modernizadoras, mas primavam pelo assistencialismo e pela tentativa de controle social.

Para Campos (2008), o termo “regeneração” foi utilizado na década de 30 e 40, pelos médicos higienistas da época para designar a necessidade de pôr fim à situação doentia que tomava conta da população pobre. Mais tarde, à medida que o discurso médico firmou-se como elemento de intervenção na sociedade, a expressão tornou-se sinônimo de busca de “civilidade, de “bons hábitos” de comportamentos que criassem um “povo saudável”. Por conta disto, a interferência não se limitou a questões de higiene, mas delimitou padrões de conduta que gerenciaram formas de sociabilidade. A autora trata a regeneração na sua dimensão de efeito das políticas assistencialistas do Governo Nereu Ramos. E mais, vincula o projeto de regeneração da sociedade ao governo forte e centralizador de Vargas, de difícil convivência com a pluralidade e diversidade cultural catarinense. Neste período, investimentos institucionais buscaram consolidar mecanismos de controle e resultaram na eliminação de formas de organização autônomas de grupos sociais. Foi um movimento de homogeneização, que “argumentava sobre a necessidade de afirmação e consolidação da nação e investia de forma concentrada na padronização de comportamentos”. Sob o pano de fundo da industrialização de Santa Catarina e da necessidade de reverter os discursos negativos acerca do caráter da população brasileira, os projetos de educação e assistência de Nereu Ramos usavam a mudança de comportamentos dos cidadãos. A homogeneização foi tão perseguida que se desdobrou na construção de penitenciárias, hospitais especializados, hospitais psiquiátricos e abrigos de menores e se estendeu as comunidades de imigrantes, por meio da Campanha de Nacionalização. (CAMPOS, 2008)

Stenpan (2005, p. 175) cita, como o exemplo mais interessante de como a eugenia se entrelaçou com o Estado Novo na década de 1930, o que diz respeito às formulações de raça e nacionalidade, em que o regime Vargas foi marcado pelo desejo de criar uma “consciência homogênea de nacionalidade como base da vida política e social”. Novos aparatos estatais foram desenvolvidos para criar tal consciência, mobilizar o patriotismo, gerar um sentido de unidade nacional e aplinar as “disparidades étnicas”. Diante desta orientação ideológica, o uso público deliberado de linguagem racista e o reconhecimento público das realidades da discriminação racial contra os segmentos negros da população eram evitados,

especialmente depois que o Brasil entrou na guerra contra a Alemanha, em 1943.

Mai (2004), em sua tese de doutorado analisou o conteúdo eugenista produzido pela enfermagem brasileira e publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), no período de 1932 a 2002. A autora partiu do pressuposto de que a enfermagem, desde sua institucionalização como profissão vinha incorporando os diferentes contornos de eugenia até o momento atual, quando as transformações em curso ainda não têm sido expressas em sua produção teórica. Nesse sentido seus achados demonstram que há uma produção continuada que aborda a preocupação com a saúde e a constituição das futuras gerações ao longo do período, dando destaque a três categorias de expressão do termo “eugenia” na REBEN: conceituação e objetivos (1931-1951); conflitos éticos, legais e morais (1954-1976); e eugenia como tema do início do século XX (1993-2002). São elaborados conceitos idealizados de biótipo, sociedade, família e mulher/mãe que, a partir da construção de antinomias e sob bases biológicas, têm orientado ações eugenistas ligadas ao preparo de recursos humanos, educação em saúde e assistência, estabelecendo-se o que deve ser aperfeiçoado ou limitado em termos de reprodução humana⁹.

Na página do estudante de número 3, de 1934, dos Annaes de Enfermagem, o tema apresentado referia sobre o fortalecimento da nacionalidade (eugenia) a valorização da raça. O tema traz à tona a necessidade de regeneração da raça, observando que, neste período, ocorreu a decadência na nacionalidade, de acordo com estatísticas oficiais, que vinham de encontro com às observações da sociedade, buscando uma construção coletiva em defesa do Homem Brasileiro, regenerado pela eugenia, tornando sua prole forte, feliz e saudável. A autora também refere trabalhos publicados que exemplificavam personalidades que reforçavam e, ao mesmo tempo, incitaram os brasileiros de boa vontade a lutar contra degenerescência da raça para contenção da decadência da nacionalidade. (PEREIRA, 2006, p. 429)

De acordo com Campos (2008, p. 21), no período em que Nereu Ramos foi interventor em Santa Catarina (1937-1945), foi enfatizada a filosofia do Estado Novo, através de dispositivos de controle social, que apresentavam práticas e discursos

⁹ STEPAN, Nancy Leys. **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 228 p. (Coleção História e Saúde).

CAMPOS, Cyntia, Machado. **Santa Catarina 1930: da degenerência à regeneração**. Florianópolis: UFSC, 2008. 264 p.

que incorporaram dimensões totalitárias, criando dispositivos de aprofundamento de formas de sujeição, influenciados por tendências fascistizantes, atingindo todas as esferas da sociedade com uma moral de conteúdo fascista.

Esta orientação vai ao encontro do pensamento de Foucault (1997, p. 89) que aborda sobre as questões relativas à Biopolítica, entendida como a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças... Sabe-se o lugar crescente que estes problemas ocuparam, desde o século XIX, e as questões políticas e econômicas em que eles se constituíram até os dias de hoje.

A construção do Hospital Nereu Ramos foi iniciada em 1940, sendo amplamente divulgada pelos órgãos da imprensa de Florianópolis, onde destacavam sua importância para o atendimento das populações da capital e do Estado..

Para a cerimônia de inauguração do Hospital Nereu Ramos, ocorrida em 09 de janeiro de 1943, o interventor Nereu Ramos¹⁰ elaborou convite à população de Florianópolis, veiculado nos principais jornais da cidade na época.

Este convite era tanto para as autoridades como para o povo. (Jornal O Estado – Florianópolis – Santa Catarina – 06 de janeiro de 1943, p. 8) como pode ser visualizado na descrição a seguir:

Será inaugurado, hoje, às 15 horas, nesta capital, o Hospital de moléstias infecto – contagiosas agudas situado à rua Rui Barbosa, o ato que será presidido pelo Senhor Interventor Federal terá a presença de Altas autoridades civis, militares e eclesiásticas. Não será permitido o comparecimento de crianças. (JORNAL DIÁRIO DA TARDE, Florianópolis, Santa Catarina, 06 de janeiro de 1943, p. 1)

Será inaugurado, hoje, às 15 horas, nesta capital, o Hospital de moléstias infecto – contagiosas agudas, situado à rua Rui Barbosa e notável realização do Governo do Senhor Interventor Nereu Ramos, a qual, apresenta mais uma conquista coletiva do interesse da eficiente assistência sanitária à população. O ato Será presidido pelo Senhor Interventor Federal, terá a presença de altas autoridades civis, militares e Eclesiásticas. Não será permitido o comparecimento de crianças. (JORNAL A GAZETA, Florianópolis, Santa Catarina, 06 de janeiro de 1943, p.1)

¹⁰ Nereu Ramos foi governador do Estado de 1935 a 1945 por voto indireto. Assumiu vários cargos em sua caminhada política. Como presidente do Senado Nacional, assumiu a presidência da República do Brasil após o suicídio do titular, Getúlio Vargas. Sua passagem pela presidência do Brasil durou dois meses e 21 dias: de 11 de novembro de 1955 a 31 de janeiro de 1956.

A inauguração do Hospital resultou em matéria jornalística no dia 10 de janeiro no Jornal A Gazeta, onde enfatizou a importância deste Hospital para a sociedade catarinense, dando destaque a mais uma obra do Interventor Nereu Ramos:

Constitui notável acontecimento a inauguração ontem, às 15 horas, à rua Rui Barbosa, do Hospital, Nereu Ramos, que abrigará os atacados de moléstias infecto – contagiosas e tuberculosos. O Senhor Interventor Nereu Ramos e o General Newton Cavalcanti, ilustre comandante da 5ª Região Militar, chegaram ao local onde se ergueu o grandioso estabelecimento hospitalar de isolamento, acompanhados dos secretários de Estado e altas autoridades civis, militares e eclesiásticas, crescido número de pessoas aguardavam suas excelências. Discursou, então, o ilustrado Superintendente do Departamento de Saúde Pública do Estado Senhor Doutor Jocelym Fraga que pronunciou magistral oração. O Reverendíssimo Padre Frederico Hobbod, secretário do arcebispado procedeu a benção do edifício. A seguir o ilustre general Newton Cavalcanti, a convite do chefe do governo catarinense cortou a fita simbólica, colocada à porta daquele monumental estabelecimento. Inaugurada assim, a mais grandiosa obra do Governo Nereu Ramos. Esse gigantesco empreendimento foi realizado sob a orientação

Técnica do talentoso engenheiro Senhor Udo Deek, Diretor de Obras Públicas, presentemente no exercício interino da Secretaria da Viação e Obras Públicas. O Hospital Nereu Ramos, pela sua nobre e humanitária finalidade, não veio, apenas preencher uma lacuna, mas se ergue, também, como mais uma eloqüente afirmação de nossa marcha vitoriosa na senda do progresso. Constituído em local alto, onde a topografia do terreno é um constante convite à saúde e à alegria, se impõe como uma vigorosa realização arquitetônica, obedecendo a todos os preceitos das hodiernas conquistas no combate aos maiores inimigos da saúde, é ele um edifício amplo, dotado do mais caprichoso conforto, servido de aparelhamento científico à altura de sua missão e nada deixando a desejar comparado aos similares das mais adiantadas cidades do Brasil. Possui 60 leitos para tuberculosos e 40 para doentes infecto contagiosos, estando todos os departamentos completados com o que há de mais aconselhável nos domínios da ciência médica (JORNAL A GAZETA, Florianópolis, Santa Catarina, 10 de janeiro de 1943, p. 1)



Figura 1 – Hospital Nereu Ramos.
Fonte: Acervo do Hospital Nereu Ramos, Florianópolis.



Figura 2 – Gruta do Hospital Nereu Ramos.
Fonte: Acervo do Hospital Nereu Ramos, Florianópolis.



Figura 3 – Vista aérea do Hospital Nereu Ramos.
Fonte: Acervo do Hospital Nereu Ramos, Florianópolis.

O terreno para construção do Hospital foi doado pelo Governo Federal através do Ministério da Educação e Saúde e, segundo Liz e Feuerschuette (2001, p. 8), ele estava situado em local retirado, elevado, amplo e circundado de ar puro e

com magnífica vista para o mar. Embora no perímetro urbano e com fácil acesso às comunidades, o local escolhido manteve-se livre de poeira e outras conseqüências desagradáveis do tráfego urbano.

O Hospital Nereu Ramos foi edificado em uma área de 3310 m². O prédio foi composto por cinco pavilhões interligados por passagens cobertas, com capacidade inicial para 100 leitos, sendo 60 destinados à tuberculose e 40 para outras moléstias infectocontagiosas, distribuídas em seis enfermarias, quatro para adultos e duas para crianças, todos separados por sexo. As enfermarias apresentavam subdivisões, com semiparedes para cada leito, de modo a permitir maior conforto possível e privacidade aos pacientes ali internados. As chamadas eram feitas por sinais luminosos, ao invés de campainhas, achando-se ao lado de cada leito “uma lâmpada tranquilizadora”, que permanecia ligada enquanto o doente não fosse atendido, conjuntamente com a lâmpada de chamada, situada fora da enfermaria e à vista do pessoal de enfermagem. Além do destaque no tratamento das doenças infectocontagiosas, o Hospital foi considerado como uma grande obra estética, por sua beleza, fazendo com que as autoridades locais e os demais segmentos sociais manifestassem um grande orgulho por sua construção. (BORENSTEIN, 2004, p. 54)

A arquitetura pavilhonar do Hospital Nereu Ramos sofreu a influência do projeto de Tenon, (cirurgião e oftalmologista 1724-1816) o qual foi um marco inicial do hospital contemporâneo, forma que predominou até o início do século XX. A divisão do conjunto hospitalar em diversos pavilhões visava fundamentalmente suprimir os principais fatores aos quais se atribuía a insalubridade dos estabelecimentos de atenção às doenças: a estagnação do ar e a umidade. Os hospitais que seguiram esse modelo foram divididos em blocos retangulares, regularmente espaçados, dotados de portas e janelas suficientes para uma ventilação adequada e iluminação de todo seu ambiente interno. Tenon efetuou estudos de volumetria, para definir a proporção entre as dimensões de cada pavilhão e o número de leitos que ele abrigaria, de modo a garantir o volume de ar renovável que deveria ser oferecido a cada interno. Tenon discute quantos andares poderia ter cada pavilhão hospitalar, e recomenda não mais que três, com escadas bem ventiladas. Além disso, era estabelecido que todos os pavilhões fossem construídos com tijolos e pedras, para evitar a propagação do fogo. No Brasil, o Hospital Emílio Ribas, de São Paulo, construído entre 1876 a 1880, seguiu os preceitos funcionais e arquitetônicos do famoso projeto de Tenon. (ANTUNES, 1991, p. 152)

A criação do Hospital Nereu Ramos fazia parte da política do Governo Federal de Getúlio Vargas, que era a de “eugenia da raça”. Esta era uma filosofia que vinha permeando as políticas públicas dos países da Europa, especialmente aqueles de regime político totalitário (Alemanha – nazista e a Itália – fascista). (BORENSTEIN et al., 2004, p. 22)

Tal orientação parecia estar relacionada com o que Foucault (1989) abordou sobre as questões relativas à higiene, na qual medidas deveriam ser tomadas, em benefício da saúde individual e da comunidade, para a manutenção de uma espécie saudável e, principalmente, produtiva e geradora de riquezas. A saúde era um imperativo individual e grupal, e o Estado deveria sutilmente manter um certo poder de polícia no controle da manutenção da saúde.

Com esta mesma política, foram criados neste mesmo período, nos municípios vizinhos, de São Pedro e São José, respectivamente, dois hospitais, que denominamos de exclusão, um em 1940, o Hospital Colônia Santa Tereza, destinado ao tratamento de pacientes acometidos pela hanseníase, então denominados leprosos; e o outro, em 1941, o Hospital Colônia Santana, destinado ao tratamento de doenças mentais. Estes dois hospitais e o Hospital Nereu Ramos, portanto, faziam parte da filosofia de disciplinar o espaço do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que o doente era colocado, um princípio que tinha por base “ter um lugar para cada coisa, e cada coisa ter um lugar”. (BORENSTEIN, 2000)

Para Foucault, o hospital contemporâneo deveria ser visto não mais como um lugar de assistência, mas um lugar de operação terapêutica. O hospital deve funcionar como uma “máquina de curar”. Para tanto, o hospital deve ser ajustado ao espaço e, mais precisamente, ao espaço urbano onde ele se acha situado (...) devem-se colocar os hospitais fora da cidade, onde a ventilação é melhor e onde eles não correm o risco de difundir miasmas pela população (...). O hospital, em todo caso, deve se tornar um elemento funcional em um espaço urbano onde seus efeitos devem poder ser medidos e controlados. (...) é preciso organizá-lo em função de uma estratégia terapêutica sistematizada: presença ininterrupta e privilégio hierárquico dos médicos; sistema de observações, anotações e registros que permita fixar o conhecimento dos diferentes casos, seguir sua evolução particular e globalizar dados referentes a toda população e a longos períodos; substituição dos regimes pouco diferenciados (...). O hospital tende a tornar-se um elemento

essencial na tecnologia médica, não apenas um lugar de curar, mas um instrumento que, em certo número de casos graves, permite curar. (FOUCAULT, 1984, p. 205-206)

O hospital contemporâneo, na perspectiva de Foucault, apresenta aspectos da disciplinarização do espaço inserido em um ambiente saudável, combinando uma organização estratégica articulando o saber médico e a eficácia terapêutica.

Em relação a sua localização, o Hospital Nereu Ramos atendia ao preconizado na época para os hospitais para tratamento da tuberculose, pois estava em local alto muito arejado, muito ensolarado e com muito verde ao redor. A área do hospital, na década de 40, estendia-se até a rua Rui Barbosa, onde era seu portão de entrada (hoje próximo ao Lar Recanto do Carinho).

O hospital era bem ajardinado, com muitas flores, principalmente rosas, as quais as Irmãs da Divina Providência adquiriam mudas em Corupá, como também mudas de laranjeiras. (VIEIRA, 2007)

Tinha uma horta onde cultivavam verduras e legumes, e um pomar com muitas frutas. Também tinha uma criação de porcos e galinhas que abasteciam a cozinha com a banha e a carne para o preparo dos alimentos. Anos mais tarde foi proibido pela Inspetoria Sanitária. (ANDRADE, 2007)

De acordo com Vieira, entrevistada por Borenstein (2004), as condições do Hospital Nereu Ramos, na época, eram excelentes, principalmente em termos de material, “pois não faltava nada, tinha muita fartura”. Segundo a autora provavelmente isto ocorria em função de o hospital estar iniciando suas atividades e as atenções, das autoridades locais, estarem permanentemente voltadas para o mesmo.

Os serviços de apoio que existiam no hospital, na época, eram cozinha, refeitório de funcionários, lavanderia e caldeira, portaria, gabinete odontológico, transporte, capela, necrotério. Os serviços de apoio diagnóstico ou especializados eram RX, Sala de Broncoscopia, Centro Cirúrgico e Esterilização, laboratório e Farmácia, os quais eram administrados e operados pelas Irmãs da Congregação da Divina Providência, que também se responsabilizavam pela compra de medicamentos e distribuição dos mesmos nas enfermarias, conforme as prescrições médicas. Alguns depoimentos dos entrevistados ilustram o funcionamento dos serviços de apoio do Hospital:

Na lavanderia trabalhavam uma irmã e outros funcionários e se dedicavam só para esta atividade. Eles usavam um produto próprio para lavar as roupas (...). As roupas depois de fervidas e lavadas eram colocadas no sol para secar. Os uniformes das irmãs passavam pelo mesmo processo, só que eram lavadas em separado. Só o avental dos funcionários era lavado no Hospital. As outras roupas os funcionários levavam para lavar em suas casas. (WESTRUPP, 2001)

As roupas eram estendidas no morro para pegar bastante sol. (ANDRADE, 2008)

As caldeiras eram a lenha, e alimentavam a cozinha e a lavanderia, nestas funcionavam as máquinas de lavar e a calandra, para passar os lençóis e as colchas. (IRMÃ BERNALDINA, 1992)

O serviço de costura funcionava, oito horas por dia e tinha uma funcionária que marcava as roupas, guarda-pós em bordado ponto cruz, coisa mais linda. Uma delas era a Maria José e mais suas duas irmãs, elas eram muito habilidosas, também bordavam as roupas das Irmãs. O serviço de costura, também confeccionava as roupas dos pacientes, lençóis, fronhas, toucas, máscaras, aventais (...). (VIEIRA, 2007)

As roupas das irmãs, uniformes e aventais eram confeccionadas pelas costureiras da congregação. Quando uma irmã precisava de roupa nova ela pedia à Casa Matriz. E quando precisava de um conserto, se tivesse rasgada, a costureira do hospital tomava as providências. (WESTRUPP, 2001)

Na copa tinha uma máquina para fazer a desinfecção das louças utilizadas pelos doentes. (LONGEN, 2008)

O Hospital Nereu Ramos no período compreendido entre 1943 a 1971, teve três diretores, no período de 06 de janeiro de 1943 a 22 de agosto de 1949 foi o Doutor Mário Ramos Wendausen, de 22 de agosto de 1949, foi o Doutor José Lerner Rodrigues e de 23 de agosto de 1949 a 1971., o Doutor Wilson Paulo Mendonça. É importante ressaltar que este último diretor dedicou-se integralmente a direção do hospital, afastando-se somente, por motivo de saúde, quando teve que deixar o Hospital, o que lhe causou muita tristeza. (ACERVO HNR, 2008)

Após mais de uma década da inauguração do Hospital Nereu Ramos e os poucos investimentos feitos pelo Estado para sua manutenção e conservação, o Doutor Wilson Paulo Mendonça, nomeado então diretor do Hospital, encontrou o mesmo em estado precário, principalmente os setores da cozinha e da lavanderia,

não pensou duas vezes. Pediu auxílio à Liga de Tuberculose, no Rio de Janeiro e ao Governo do Estado (Heriberto Hulse, 1958), começando a agir imediatamente. Recorreu ao Comando do 14º Batalhão de Cavalaria, hoje Batalhão de Infantaria, e solicitou emprestada a Cozinha de Campanha do Exército para atender às necessidades do Hospital no preparo da alimentação dos doentes e funcionários. (ACERVO HNR, 2008).

Segundo depoimento dos trabalhadores do Hospital Nereu Ramos da época, que constam no Acervo do Hospital, porém, o Diretor com muito esforço, concluiu a cozinha e a lavanderia com muita qualidade. Além disto, ao perceber falta de roupa de cama, mesa e banho, assim como louças, pediu ajuda desta vez, às indústrias de Brusque e Blumenau/SC, sendo prontamente atendido. As indústrias gentilmente enviaram, ao hospital, fardos de tecidos e louças.

O trabalho sério e comprometido do Doutor Wilson Mendonça levou a Instituição, a funcionar perfeitamente, levando, nesta época, a ser reconhecido como “Hospital Modelo”. Com o intuito de melhorar cada vez mais, organizou o Grêmio para os doentes, solicitando auxílio as Organizações Koerich que cordialmente enviaram um aparelho de televisão para o lazer e a recreação dos mesmos. Segundo informações fornecidas pela família Mendonça, Doutor Wilson amava este hospital, costumava dizer que era seu segundo lar.

De acordo com informações fornecidas pelo Departamento de Recursos Humanos, do Hospital Nereu Ramos, os médicos que trabalhavam no Hospital no período de estudo eram: Doutor Isaac Lobato, Doutor Cid Gomes, Doutora Ivanete de Andrade Meyer, Doutor João Batista Bonnassis Jr., Doutor Paulo Francisco Schlemper, Doutor Wilson Mendonça, Doutor João Harger, Doutor Eros Clovis Merlin Filho, Doutor Danilo F. Duarte, Doutor Murilo Motta, Doutor Norton S. de Souza. Também trabalhavam no Hospital outros profissionais de saúde como o bioquímico Doutor Djalma Lebarbechon e Elcio Wendhausen, o farmacêutico Romeu Sebastião Neves, os dentistas, Doutora Maria Ulysses Mendes Guimarães e o Doutor Mario José Bertoncini. Em relação à Enfermagem, consta que a primeira enfermeira padrão chama-se Irmã Mariana. Para o auxílio religioso aos doentes, passaram pelo Hospital, neste período, três religiosos, que desempenhavam o papel de capelão e residiam no próprio Hospital que foram: Padre José, Frei Xisto e Padre João Olivetto. (MOREIRA, 2008)

No decorrer do tempo, o Hospital passou por reformas e ampliações

procurando atender às demandas epidemiológicas de cada época. Para Albuquerque (1978, p.34), a instituição hospitalar, nos diversos momentos históricos, responde a uma demanda social, formulada pelo Estado ou pelas camadas dirigentes, que definem diferentes funções de cada instituição, as quais convergiram no sentido da manutenção da ordem social e da exclusão de tudo o que poderia pôr em perigo a coerência da imagem que a sociedade tem dela mesma.

Compreendemos que o Hospital Nereu Ramos desde sua fundação até os dias atuais, apresenta-se como espaço de acolhimento e cuidado a todos aqueles que a sociedade renega como possibilidade de risco à sua saúde.

5.2 TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL NEREU RAMOS 1940-1960



Figura 4 – Trabalhadora de Enfermagem da Década de 40.

Fonte: Acervo pessoal de Maria Nívea da Silva.



Figura 5 – Trabalhador no Cuidado em Tuberculose na Década de 40.

Fonte: Acervo pessoal de Maria Nívea da Silva.

O Hospital Nereu Ramos, desde sua inauguração em janeiro de 1943, teve sua administração confiada às Irmãs da Divina Providência¹¹. A Irmã Superiora, era responsável pela administração do Hospital e pelas demais irmãs, sendo considerada, um elo de ligação entre a Direção e a Congregação. Todas as irmãs

¹¹ Supervisora do Hospital Nereu Ramos - Irmã Henrica.

atuavam no Hospital, diretamente subordinadas à Irmã Superiora, a quem deviam obediência. Afinal, como religiosas, elas haviam feito os votos de obediência pobreza e castidade, sendo-lhes proibida a insubordinação contra a ordem estabelecida, especialmente a ordem religiosa. (BORENSTEIN et al., 2004, p. 24)

De acordo com Fuck (1995), no dia 30 de janeiro de 1943, o Hospital – Isolamento Nereu Ramos, em Florianópolis, foi confiado à direção interna às Irmãs Henrica, Márcia Momm e Cância Flach. O Hospital foi aberto às pressas, pois grassava justamente uma epidemia contagiosa, que inclusive retardou o início das aulas na cidade de Florianópolis. O primeiro doente atendido, foi um jovem de 17 anos, atingido de meningite que não pôde mais ser salvo. (FUCK, 1995, p. 166-167)

A participação das Irmãs da Divina Providência, na enfermagem aconteceu através de uma atuação alicerçada em um saber construído na prática cotidiana do cuidado aos doentes. Este não possuía um saber teórico formal, mas apenas adquirido pela experiência prática, caridade, amor e dedicação ao próximo, quando da chegada para trabalhar no Hospital de Caridade em Florianópolis, em 1897. Estas eram provenientes de Münster – Alemanha, e a elas foi atribuída a responsabilidade pela primeira assistência de enfermagem realizada aos pacientes internados. Foram responsáveis pela implantação de um serviço de enfermagem, ainda que doméstico, e pela produção e difusão de um conhecimento de enfermagem no Hospital. A chegada das primeiras irmãs de Caridade da Congregação da Divina Providência aconteceu por iniciativa direta do Padre Topp¹². (BORENSTEIN, 2000, p. 80)

Além das irmãs da Divina Providência, passaram a atuar na enfermagem, do Hospital Nereu Ramos, outros trabalhadores de enfermagem, que eram selecionados pelas irmãs e contratados pelo hospital para realizarem as atividades práticas de cuidado aos pacientes, portanto, cabiam as religiosas da Congregação da Divina Providência assumirem as enfermarias como supervisoras⁸ e como responsáveis pela execução dos cuidados considerados mais complexos. As práticas de enfermagem eram trabalhadoras que aprendiam a profissão de enfermagem no cotidiano do serviço, geralmente com as trabalhadoras mais antigas

¹² Padre Francisco Xavier Topp veio Münster (Alemanha) para Santa Catarina em 1890, sendo um dos responsáveis pela vinda das primeiras Irmãs da Divina Providência ao Estado (1895): Anna Niemeyer, Rufina Weiermann, Albina Fuhrmann, Osvalda Wegener, Albertina Koller e Paula Emping com a missão de abrirem colégios, hospitais e catequese. (FUCK, 1995, p. 25).

e mais treinadas. Prestavam os cuidados diretos aos doentes nas enfermarias.

Conforme o relato de Westrupp apud Borenstein (2004), outros trabalhadores eram contratados pela Irmã Superiora, como serventes, e que atuavam nas enfermarias sob as ordens das irmãs supervisoras; realizavam serviços de limpeza de materiais e das enfermarias¹³. Estes trabalhadores ao longo do tempo, poderiam ser promovidos para executar as atividades de enfermagem, porém sempre supervisionados pelas irmãs.

Na década de 40 no início das atividades de funcionamento do Hospital segundo uma das entrevistadas, havia 28 trabalhadores de enfermagem no Hospital Nereu Ramos, sendo que gradativamente esse número foi aumentando. (VISINTAINER, 2007)

Ao recordarem o cotidiano do trabalho na enfermagem, as trabalhadoras expressam a forma como se dava o saber fazer. Nesta época, as atividades de enfermagem eram realizadas baseadas em um saber mais intuitivo, religioso e de caridade.

Quem chegava novo para trabalhar na enfermagem, quem ensinava as práticas de enfermagem, as técnicas, eram as irmãs ou também uma colega ensinava para a outra, auxiliava para praticar bem uma injeção. A gente aprendeu tão bem, que quando chegaram as enfermeiras, elas nos chamavam porque tínhamos muita prática. (SILVA, 2008)

A gente aprendia e se acostumava a fazer, tudo era “verbal”, a irmã fazia as técnicas e a gente olhava, e depois continuava a fazer [...] quando a irmã adquiria confiança na gente, já deixava sozinho fazer as tarefas. (SILVA, 2008)

A Irmã Superiora me perguntou se eu tinha coragem de trabalhar no Centro Cirúrgico, eu respondi que nunca tinha trabalhado com cirurgia, nunca tinha visto uma cirurgia, só no cinema. Mas poderia aprender, então fui contratada. (COSTA, 2008)

Na enfermaria a gente chegava sem saber trabalhar na enfermagem. Aí as irmãs ensinavam a ver a pressão, a temperatura, a fazer injeção, o curativo e cuidar dos doentes, fazer todos os cuidados, se aprendia tudo na prática. Quando a gente chegava, achava que nunca teria coragem de cuidar dos doentes, mas se aprendia. (LOLITA SOARES, 2008)

Naquela época a gente cuidava de forma instintiva, mais de uma motivação pessoal, não tínhamos conhecimento, informação sobre

¹³ Irmãs responsáveis pelas Enfermarias e Serviços: Ala V e VI: Irmã Ana Pegoretti; Enfermaria Tisiologia: Irmã Jovina; RX e Tomografia: Irmã Bernaldina; Chefe de Cozinha: Irmã Joanna Heideman; Gruta: Irmã Idalina (:Entrevista com Irmã Bernaldina, 1992, ACERVO HNR, 2008).

as doenças e da enfermagem. Era só dedicação pessoal, humanidade, respeito e muita preocupação com os doentes. Tudo era feito na prática, sem muito conhecimento. Se fazíamos uma injeção a um paciente com doença infecciosa, depois colocávamos a agulha e a seringa de molho em uma solução com Lisofórmio, e alguns minutos depois, já estavam usando em outro doente sem ter certeza se estava esterilizada ou não. Deus protegeu os doentes, pois nunca se registrou uma infecção por fazermos assim. (VISINTAINER, 2007)



Figura 6 – Trabalhadoras de Enfermagem.

Fonte: Acervo pessoal de Maria Nívea da Silva.

Os relatos dos trabalhadores expressam que o cuidado de enfermagem, nesta época, era considerado uma atividade manual, uma habilidade, não havia espaço para pensar o significado ou a razão deste fazer. Do ponto de vista dos trabalhadores, era uma atividade, um emprego não o caminhar de uma profissão de cuidar, ou seja, a Enfermagem. Era guiado pela intuição e pelas experiências anteriores de cuidar no espaço doméstico da família e da comunidade.

A técnica, geralmente está associada ao “fazer”, de acordo com Nietzsche, Dias e Leopardi (1999), como um saber prático, uma habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos. Segundo Buzzi (1991), a palavra técnica vem do grego e significa em seu uso, a habilidade humana de fazer e produzir. Até por isso os romanos a traduziram com a palavra arte..

O saber representado pelas técnicas não é uma elaboração abstrata do

conhecimento de enfermagem para desvendar o objeto de trabalho, mas as técnicas são simples seqüências de passos rituais, expressos por normas e rotinas. As enfermeiras nas instituições de prestação de serviços, passam a elaborar manuais de técnicas, normas e rotinas regulando todo o cuidado a ser prestado ao doente, assim como as rotinas hospitalares. O saber relacionado às técnicas de enfermagem é histórico, revelando toda a dimensão da prática de enfermagem como também os contextos onde esta era desenvolvida. Era compreendido como uma capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos e estes vistos como a arte de enfermagem. Desta forma o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa. (ALMEIDA, 1986, p. 35).

Para Almeida (1986 p.36), as técnicas de enfermagem foram os primeiros instrumentos que a enfermagem utilizou para manipular o seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem. Elas começam a ser organizadas no final do século XIX, quando a enfermagem na Inglaterra, também começa a se constituir, e foram implementadas nos Estados Unidos, nas primeiras décadas deste século, mas sempre estiveram presentes em outros momentos históricos como simples rituais de cuidados. As técnicas possibilitaram a instrumentalização do cuidado de enfermagem que, até o marco londrino de 1860, tinha como finalidade o conforto da alma do doente. Trata-se, até então de simples procedimentos naturais e intuitivos próprios dos cuidados domésticos dispensados pelas famílias às crianças e aos doentes.

As técnicas de acordo com Almeida (1984, p. 27), apesar de terem tido seu desenvolvimento pleno nas décadas de 30, 40 e 50, ainda são uma área importante do saber de enfermagem, pois continua-se dando ênfase as mesmas no ensino formal, e ainda há uma produção de textos sobre técnicas e de trabalhos de enfermagem sobre aplicação de determinados princípios em cuidados específicos de enfermagem. Neste sentido, as técnicas representam uma grande parte do trabalho da enfermagem e foram se modificando, desde uma simples descrição de passos até a apropriação de saberes de outras áreas do conhecimento, para encontrar razões dos procedimentos. Ao fazer esta articulação, as autoras dos manuais começam a mencionar que a enfermagem é, além de arte, uma ciência. E que o acervo de técnicas de enfermagem é que faz esta tensão entre a ciência e a arte. (ALMEIDA; ROCHA, 1986)

Kruse (2006, p.409) refere que, inicialmente, as técnicas de enfermagem

eram registradas nos livros dos hospitais. Foram constituídas dentro do espírito de organizar o hospital e possibilitar que as enfermeiras controlassem tanto os pacientes como o pessoal de enfermagem, estruturando um controle rígido de tudo o que aí acontecia. As técnicas também pretendiam atingir as pessoas que chegavam ao hospital sem muito treinamento, como os alunos de enfermagem que representavam a mão de obra não remunerada uma vez que era parte de seu treinamento o “aprender fazendo”. As técnicas de enfermagem não eram voltadas para o paciente. Tinham uma referência mais próxima ao trabalho, que então se realizava no hospital, centrado naquilo que rodeava o paciente; o ambiente, a ventilação, a limpeza, entre outros. Inicialmente, o trabalho hospitalar era o trabalho funcional, onde cada elemento da equipe de enfermagem fazia determinado procedimento, sendo cada paciente assistido por várias pessoas, cada um executando uma função ou tarefa.

Para Corbellini (2007, p. 172), até a década de 1950, o ensino de Enfermagem, no Brasil, estava centrado no fazer. Os manuais de técnicas eram as bíblias dos estudantes. A habilidade manual, a capacidade de memorização, a postura na realização de técnicas, além do capricho, organização e perfeição, eram aspectos imprescindíveis, avaliados no ensino.

Nesta época, o rígido treinamento, tanto dos estudantes de enfermagem, quanto do pessoal de enfermagem sem preparo formal, era apenas direcionado a desenvolver neles a respeitabilidade, a obediência, a delicadeza, a submissão, a destreza no trabalho pesado, a lealdade, a passividade e a religiosidade, eram tarefas a serem realizadas, procedimentos, sem dar ênfase aos “porquês” deste fazer. Mostra um momento na história da prática da enfermagem da utilização de força de trabalho de enfermagem, para dar conta da grande demanda de cuidados de enfermagem devida ao maior número de internações em razão da expansão dos hospitais. Este período expressa-se pela divisão técnica e social do trabalho, visando atender ao modelo capitalista de produção, firmando-se, nesta época um modelo de assistência fundamentado na gerência científica de Taylor. Este modelo de assistência baseado na gerência científica de Taylor previa a realização de inúmeras tarefas, um controle do tempo de realização das mesmas, objetivando produzir com o máximo de rapidez e eficácia, dando autonomia à técnica, e apresentando o parcelamento do trabalho.

Na década de 50 do século passado, surge a preocupação em organizar os

princípios científicos que devem nortear a prática de enfermagem. Até então, a enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição. (ALMEIDA, 1986, p. 58)

Na década de 50, os princípios científicos de enfermagem eram vistos como um avanço em relação às técnicas de enfermagem. Estes princípios constituíam um saber (...) e constavam em livros como, por exemplo, *Princípios Científicos de Enfermagem*, de Nordmark e Rohweder, um clássico da época, editado em 1959, nos Estados Unidos, e que teve sua primeira edição brasileira em 1965. (KRUSE, 2006, p. 409)

O saber expresso pelos princípios científicos perdurou principalmente nas décadas de 50 e 60. Foi visto pelas lideranças de enfermagem como dependente, sem possuir uma natureza específica e sem ser autônomo. A procura desta autonomia e da especificidade da enfermagem faz surgir um novo enfoque no seu saber, que ocorre no final dos anos 60 e em toda década de 70 com um enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos de enfermagem, ou seja, as teorias de enfermagem. (ALMEIDA, 1986, p. 87).

A evolução do saber da enfermagem pode ser constatada a partir dos escritos de Almeida (1986) e Kruse (2006), a que referiram três momentos o primeiro desenvolvido pelas técnicas de enfermagem, seguida pelos princípios científicos e, por último, pelas teorias de enfermagem. O que não podemos destacar como momentos estanques ou existentes em um período de tempo definido, o que nos leva a pensar que as técnicas de enfermagem ainda hoje mostram-se presentes na prática da enfermagem no Brasil.

Borenstein (2000) em estudo relativo à atuação das irmãs da Divina Providência em outra instituição, afirma que, na realidade do Hospital de Caridade, as irmãs da Congregação Divina Providência assumiam, como chefes, todos os serviços especializados, além da Enfermagem, dos raios X e da farmácia. Assim pode-se depreender que outras irmãs também eram encaminhadas pela referida congregação para o Hospital Nereu Ramos, no qual assumiam a chefia dos serviços, ou seja, de cozinha, limpeza, rouparia e lavanderia.

A irmã que cuidava do Centro Cirúrgico era a Irmã Bernundina, não tinha formação nenhuma. Ela cuidava do RX, atendia os médicos na prova funcional, no cateterismo, o Hospital Nereu Ramos foi pioneiro neste procedimento. Ela esterilizava todo o material, na autoclave, era a primeira auxiliar na Broncoscopia. E também circulava no Centro Cirúrgico. (COSTA, 2008)

Para Padilha (1998, p. 13), o substrato caritativo ou filantrópico determinava o clima social da instituição, bem como o discurso médico demarcava certos limites da prática de enfermagem naquele cenário e na sociedade da época. E o manto disciplinar, que não é ausência, mas presença constante, se a todos enredava, revestia-se de diferentes significados. Ainda segundo Padilha (1998, p. 29) no momento em que as Irmãs de Caridade ficavam no comando das enfermarias para determinar, supervisionar e executar apenas aqueles cuidados de enfermagem que a condição de Irmãs de Caridade permitia (...) transformaram a prática de enfermagem e concretizaram a divisão social do trabalho por “qualificação” e por tarefas.

Estas Irmãs da Divina Providência ao estarem no topo da pirâmide do poder disciplinar relacionado ao fazer da enfermagem e suas práticas, também imprimiram sua marca no ideário da enfermagem neste período no Hospital Nereu Ramos na forma de ser e agir dos trabalhadores da enfermagem. Isto refletia em comportamentos e atitudes esperadas destes, como obediência, humildade, abnegação, dedicação e serviço ao próximo, respeito à hierarquia, entre outros.

A autoridade da superiora caracterizava-se pelo “poder da fala”, ou seja, de porta voz autorizado, que se exprime em situação solene e às vezes, nem tão solene e que dispõe de autoridade, cujos limites coincidem com a delegação da instituição, neste caso, a Congregação Divina Providência. (BORDIEU apud BORENSTEIN, 2004)

Os trabalhadores da enfermagem provinham, em sua maioria do interior do Estado de Santa Catarina, principalmente de cidades de descendência alemã, como Brusque, Blumenau, Santo Amaro da Imperatriz, Águas Mornas, São Pedro de Alcântara, Antônio Carlos, mas também de Itajaí, Florianópolis, só que em menor número. De acordo com o relato de um dos entrevistados

A população de Florianópolis tinha muito medo da “doença”, e por isso tinham receio de buscar emprego no Hospital Nereu Ramos. Só mais tarde começaram a vir trabalhadores do bairro do Sambaqui, motivados por apadrinhamento político, de partidos que estavam no poder na época no Estado de Santa Catarina. (ANDRADE, 2007)

A escolha dos trabalhadores de enfermagem e dos outros trabalhadores do Hospital era feita pela Irmã Superiora, a qual realizava a entrevista de admissão com

os candidatos e ela decidia sobre a contratação para posterior encaminhamento à direção do Hospital. Havia uma política ou critérios, não explícitos de contratar pessoas, pois a preferência era por pessoas que viessem do meio rural, por serem mais pobres, simples, menos instruídas e mais submissas, na presunção de que elas se adaptariam melhor ao trabalho. Os requisitos para contratação eram ter boa saúde, honestidade, habilidades, ser prezada, ter vontade de aprender, ser espertas, saber ler e vinda de boa família ou indicada por pessoas idôneas. (BORENSTEIN, 2000)

O motivo que me levou a trabalhar no Hospital Nereu Ramos, era que a gente era muito pobre. Eu tinha seis irmãos, eu morava no Itacorubi [...] aí eu pedi para o meu pai me levar no Hospital, para eu trabalhar na enfermagem, mas desta vez a Madre Superiora acho que não gostou de mim, pois eu usava um vestido curto e não me contratou. Elas mandavam em tudo, mas passado um tempo, mais ou menos um ano, uma amiga, a Maria Adelaide, soube que estavam precisando de alguém no Centro Cirúrgico. Aí fui contratada. (COSTA, 2008).

Naquela época a contratação para trabalhar no Hospital não era por concurso. A Madre Superiora olhava para a cara da pessoa e decidiam, escolhiam pelo gosto delas. Dependia da roupa que a gente estava usando, o jeito, o comportamento, se tinha vontade de trabalhar. (LONGEN, 2007)

O instrumento fundamental no sistema disciplinar é o exame, que é o poder de individuação. Para Foucault (1991, p. 164), é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individuação torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. Neste sentido, o exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. Para que ocorra o exame acredita-se que exista certo tipo de saber e uma forma de exercício de poder.

No caso da Irmã Superiora, no Hospital Nereu Ramos, parece que ela estabelecia seu julgamento no momento da contratação dos trabalhadores da enfermagem e de outros trabalhadores, baseada em um saber prévio da experiência de administrar, pela intuição ou pela forma expressiva de comportamentos e atitudes dos mesmos.

Acreditamos que essa política não explícita de contratação de trabalhadores de enfermagem no Hospital, parece ir de encontro ao contexto moral da época e ao

ideário de Florence Nightingale (1989, p. 138) que acreditava que toda enfermeira deveria ser uma pessoa com quem se pudesse contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira de confiança, devendo para isso ser extremamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada. Além de ser uma observadora segura, direta e rápida, e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos. Ela também afirmava que utilizava a “palavra enfermagem por falta de outra melhor”, considerando-a como arte e devendo incluir condições que, por si mesmas, tornassem possível o assistir em enfermagem.

Ao revisar a história de enfermagem, encontramos em Paixão (1979) que o que distinguia o trabalho da enfermeira eram três elementos principais: “espírito de serviço ou (ideal), habilidade (arte) e a ciência” .

Florence Nightingale (1989) já havia sustentado a idéia da enfermagem como uma “arte, com motivação religiosa, exigindo estudos e aperfeiçoamento constantes, exercendo influência moral pelo que delas emana quase sem que o percebam”. De acordo com Padilha (1988 p.20), as idéias de Florence Nighingale foram difundidas pelo mundo, e as escolas fundadas sob sua influência entendiam que, sem a exigência destas características, não se concretizaria a idéia da verdadeira enfermeira.

Miranda (1996, p. 16) refere que Florence preocupava-se sobremaneira com a origem sócio-econômica e a formação moral das enfermeiras (*nurses*) e a sua proposta de Escola de Enfermagem trazia algumas soluções corretivas para esta questão, sobretudo quanto ao comportamento moral das enfermeiras. No que dizia respeito às candidatas ao curso, sua procedência social, seus hábitos de vida, seu comportamento no espaço público e no privado, e a proibição draconiana à expressão da sexualidade e à vida sexual, eram atributos tão necessários para tornar-se enfermeira quanto o era a formação profissional.

Ao analisar e refletir sobre os diferentes aspectos, que se referem ao “dever ser” da enfermeira, facilmente posso relacioná-los ao que se “espera” da mulher, isto é, que seja cumpridora dos deveres, devotada, honesta, disciplinada, submissa e abnegada. São papéis historicamente construídos como se fossem elos de uma mesma corrente, que precisa ser reconhecida e reconstruída para auxiliar na compreensão da realidade atual e, assim, possibilitar novas rupturas com vistas a transformação da mesma (PADILHA, 1998, p.19)

Canassa (2005, p. 125) pontua que, na seleção para o primeiro curso de

Parteiras realizado em 1935, na Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina, em Florianópolis, as candidatas deveriam se submeter a uma prova escrita e oral de português, de leitura, de ditado e de aritmética, ter o consentimento dos pais, marido ou tutores, pagar uma taxa de R\$ 30.000, apresentar documento de honorabilidade e outros a critério da banca. O exame de seleção era realizado no Departamento de Saúde Pública. Além disso, após a seleção as alunas deveriam se submeter à filosofia, às normas e rotinas estabelecidas pelas Irmãs da Divina Providência, que administravam a Maternidade. As alunas que não se submetessem a disciplina estabelecida eram excluídas do curso. Uma das preocupações da época era com o comportamento moral das jovens alunas. O curso tinha duração de dois anos e funcionava em regime de internato. (CANASSA, 2005, p. 126)

Padilha (1998, p. 71), ao se referir às qualidades exigidas pelo padre Vicente de Paulo, na escolha das candidatas que desejavam serem Irmãs de Caridade, enfatizava a vocação natural de praticar todas as virtudes do estado religioso e a capacidade física e moral para ser serva dos pobres. Também expressava as exigências que demonstravam a importância dos corpos sãos para o exercício da caridade e para serem utilizados e empregados na totalidade, para que se integrem ao bom emprego do tempo. Outras condições de admissão eram que as moças deveriam ser filhas legítimas de família honesta, ser de cor branca e ter menos de 1,50 m de altura, ter idade entre 16 e 28 anos, ter forças suficientes, instrução, no mínimo primária completa, boa reputação e estar resolvida a servir a Deus, ser muito submissas aos superiores, aceitando indiferentemente qualquer trabalho.

O momento histórico das disciplinas é o momento que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. [...] A disciplina fabrica assim corpos submissos exercitados, corpos dóceis. (FOUCAULT, 1989, p.127)

Neste sentido, pode-se perceber que as Irmãs da Divina Providência realizavam uma vigilância, que permitia qualificar, classificar, punir aquelas alunas que não se sujeitassem às normas e aos regulamentos do curso. O que vai ao encontro ao pensamento de Foucault (1991, p. 165) que refere que é no coração dos processos de disciplina, que ele manifesta a sujeição dos que são percebidos

como objetos e a objetivação dos que sujeitam. A superposição das relações de poder e das de saber assume, no exame todo o seu brilho invisível.

Por outro lado, o que leva a pensar é que as Irmãs usavam o seu poder hegemônico para selecionar as moças fundamentadas no modelo religioso e vocacional, transferindo seus preceitos para a prática da enfermagem, na qual existia um espaço que permitia o uso desse poder.

Para Padilha (1998, p. 73), a submissão reforça o processo de disciplina, produzindo corpos dóceis, maleáveis, deserotizados, que podem ser aperfeiçoados e transformados para sujeição.

Em outro estudo, realizado por Borenstein e Padilha (2001) estas autoras evidenciaram essas atividades da Irmã Superiora, no Hospital de Caridade da cidade de Florianópolis, a qual assumia a responsabilidade pelo controle de todo serviço de enfermagem. Os requisitos para contratação eram a boa saúde do candidato e sua disposição para fazer todo tipo de trabalho na instituição.

Os relatos dos trabalhadores entrevistados neste estudo, também referem que a preferência na escolha era de moças solteiras para o trabalho, pois desta forma poderiam ter disponibilidade e dedicação total ao trabalho no Hospital. Era muito difícil, nesta época que a Irmã Superiora contratasse mulheres casadas; entretanto, no caso de trabalhadores do sexo masculino casados, isto não era um imperativo, havia mais tolerância. Também nesta época um requisito para o trabalho na enfermagem do Hospital Nereu Ramos era ter um teste PPD¹⁴ reagente/positivo e bom resultado da Abreugrafia¹⁵ (RX de pulmão), pois no hospital a maioria dos pacientes internados estava acometido de tuberculose.

As irmãs pediam que minhas primas quando fossem em casa conseguissem moças para trabalhar no Hospital {...} Minha mãe diz: Vai, que isto não é emprego de se perder. Quando cheguei no Hospital, fiz logo o PPD, e o resultado foi reagente, deu uma reação bem forte, quase morri, uma bola, deu febre, e já fui trabalhar na enfermagem, cuidar direto dos doentes. (VISINTAINER, 2007).

Quando comecei a trabalhar no Hospital não fui para a

¹⁴ PPD - Chamado de Teste de Mantoux era a aplicação subcutânea de derivado de protéico purificado do Mycobacterium Tuberculosis, o qual fazia a pesquisa da imunidade individual, expressava a infecção pelo bacilo da Tuberculose quando, no local de aplicação, resultasse um nódulo em que era avaliada a sua dimensão.

¹⁵ Abreugrafia - Registro fotográfico da imagem radiológica dos pulmões técnica desenvolvida em 1937, pelo médico brasileiro Manuel Abreu, tinha custo acessível para ser usada em diagnóstico precoce da tuberculose. (OTT, 1993)

enfermagem, nem para o laboratório, pois o meu PPD estava fraco. Fui então para a costura (...) depois de um tempo o PPD deu reagente, aí fui para o laboratório (...) (VIEIRA, 2007).

Pelos depoimentos anteriores expresso pelos trabalhadores entrevistados, podemos perceber que, nem sempre os trabalhadores que procuravam o Hospital Nereu Ramos, para trabalhar no serviço de enfermagem, conseguiam ficar na enfermagem. Muitas vezes, após a entrevista de admissão com a Irmã Superiora, estes eram encaminhados para outros serviços como: cozinha, lavanderia ou serviços gerais de limpeza até que se adaptassem ao hospital ou à rotina e disciplina exigidas no trabalho. Se o trabalhador realmente desejasse trabalhar na enfermagem, deveria demonstrá-la com mérito de dedicação, sentimento de cuidados para com o próximo e, acredito obediência às ordens e submissão às regras impostas no cotidiano do trabalho. Só assim poderia ser promovido para trabalhar na enfermagem.

Havia uma preocupação com a manutenção da ordem, da disciplina e do controle sexual. De um modo geral, a preferência era dada às pessoas dóceis, meigas, ingênuas, tímidas e receptivas que se submetiam à ordem estabelecida. (BORENSTEIN, 2000).

A autora também enfatiza que a moral e os bons costumes regulavam rigidamente a sociedade. A manutenção de uma vida sexualmente ativa deveria estar sempre vinculada ao matrimônio. Fora dele, essas práticas não eram aceitas, especialmente para as mulheres, embora fosse compreensível e permissível aos homens, mesmo aqueles casados, freqüentar as “casas de tolerância”, que existiam em Florianópolis na época (BORENSTEIN, 2000). Esta postura velada da moral da época que favorecia o gênero masculino pode ser constatada nos estudos de Pedro (1998)¹⁶, Pereira (2004)¹⁷ e Ferrari (2008)¹⁸.

¹⁶ PEDRO, Joana Maria. **Mulheres honestas e mulheres faladas**: uma questão de classe. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 1998. 231p.

¹⁷ PEREIRA, Ivonete. **“As Decaídas”**- Prostituição em Florianópolis (1900-1940). Florianópolis: UFSC, 2004. 139p.

¹⁸ FERRARI, Maryana Cunha. **Vila Palmira**: prostituição e memória na grande Florianópolis nas décadas de 1960 a 1980. Dissertação (Mestrado em História) Programa de Pós Graduação História, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

Estas idéias acerca do comportamento dos trabalhadores da enfermagem vêm ao encontro das posições emitidas por Florence Nightingale em meados do século XIX, quando preconizava a idéia de que a enfermagem deveria ser considerada como arte, com motivação religiosa, exigindo estudos e aperfeiçoamento constantes, exercendo influência moral pelo que delas emana, quase sem que o percebam (FLORENCE, 1989, p. 6)

Tais idéias foram sendo difundidas pelo mundo e as escolas fundadas sob sua influência consideravam a necessidade de as enfermeiras garantirem os aspectos relativos à moral e aos bons costumes. (BORENSTEIN, 2004, p. 25)

O sistema Nightingale difundiu-se a partir da Inglaterra por vários países, como Canadá, Austrália, Escócia, Estados Unidos, Japão. Junto às reformas hospitalares, caracterizava-se como "reformas sociais", iniciando a ocupar o lugar do monastério perdido. Todas elas se fundavam em ideais religiosos, porém ficavam à margem de toda autoridade eclesiástica. (JAMIESON et al, 1968, p. 202).

O modelo Nightingale chega ao Brasil, em 1922, através de enfermeiras norte-americanas, a convite de Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). A implantação da enfermagem nightingaleana, no país, faz-se como uma tentativa de reverter a situação de saúde calamitosa enfrentada no país, com a proliferação de epidemias e a decorrente situação de ameaça de ruptura nas relações comerciais internacionais.

Os ideais de higiene foram influenciadores definitivos do regulamento sanitário de 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja legislação ampliou sensivelmente o espaço de atuação da higiene, que além da profilaxia das doenças transmissíveis e da sanidade dos portos, tornou-se responsável pela: educação sanitária da população, prevendo a divulgação da higiene pessoal e pública, a inspeção médica de imigrantes e de outros passageiros que se destinassem ao país, o controle e confinamento sanitário de leprosos, tuberculosos e portadores de doenças venéreas, o problema de habitação popular, cuidados com os problemas da saúde infantil, o trabalho de criança e da mulher gestante. Em Santa Catarina, a área de Saúde Pública, segundo Borenstein et al (1999), começou a organizar seus serviços nas primeiras décadas do Século XX. Em 1936, Nereu Ramos criou o Departamento Autônomo de Saúde Pública – DASP (que muitos anos mais tarde passou a ser chamado de Departamento de Saúde Pública – DSP), destinado ao combate às epidemias.

De acordo com Lopes (2004), as prioridades do governo de Nereu Ramos eram a educação fundamental e a saúde. Para tanto, sua estratégia administrativa foi dividir o Estado em Distritos Sanitários, transformando a Diretoria de Higiene em Departamento de Saúde Pública que compreendia a administração central, um centro de saúde (o de Florianópolis), que contava com serviços especializados no combate a todas as endemias e na profilaxia dos males que constituíam verdadeiros flagelos sociais e contribuía para manter em nível de inferioridade física e mental grandes contingentes humanos. A sífilis, a tuberculose, a antes conhecida lepra, hoje hanseníase, e outras doenças igualmente cruéis eram ali tratadas por profissionais especialistas em seções convenientemente aparelhadas. Outras unidades faziam parte desta estrutura, como o Laboratório Central, o Hospital Nereu Ramos, a Usina de Pasteurização de Leite, o Centro de Saúde de Joinville, o Centro de Saúde de Blumenau, o Centro de Saúde de Itajaí, o Centro de Saúde de Tubarão, o Centro de Saúde de Laguna, o Centro de Saúde de Canoinhas, o Centro de Saúde de Lages, o Posto de Puericultura de Criciúma, a Colônia Santa Tereza (hoje Hospital de Dermatologia Sanitária de Santa Catarina), o Colônia Santana (hoje Instituto Psiquiátrico de Santa Catarina), o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres, em Lages, a Maternidade Tereza Ramos em Lages, Maternidade Darci Vargas, em Joinville, o Hospital Miguel Couto, em Harmonia (hoje Ibirama), além de uma preocupação muito grande a respeito da hidrografia sanitária, onde córregos e vias contaminadas eram devidamente canalizadas para impedir ou dificultar o aparecimento de doenças. Nereu Ramos foi o primeiro governante do Estado que visualizou a Saúde Pública como saída para o desenvolvimento do povo catarinense, fazendo uma revolução na saúde montando toda uma estrutura que ainda existe nos dias atuais.

5.3 A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A formação dos trabalhadores de enfermagem no Hospital Nereu Ramos nesse período do estudo, caracterizou-se como uma aprendizagem informal na prática, no fazer direto no cuidado dos doentes. Por outro lado, o grau de escolaridade da maioria dos trabalhadores era o curso primário incompleto, o baixo

nível sócio-econômico e cultural, provenientes de áreas rurais. Os motivos da procura de um trabalho na enfermagem, era pela segurança de ter um emprego e receber um salário mensal no final do mês, o que em muitos casos, ajudava na renda e sobrevivência da família.

De acordo com relato de alguns entrevistados alguns trabalhadores chegavam ao Hospital sem saber o tipo de instituição e o tipo de paciente que atendia e para que trabalho seria contratado. Outro fato é que na década de 40 , quando da inauguração do Hospital não existiam em Florianópolis, escolas de auxiliar de enfermagem.

As pessoas do interior vinham trabalhar no Hospital, sem saberem muitas vezes que era um hospital que tratava de tuberculose. Vinham meio sem noção, depois que já estavam ali e tinham que ficar trabalhando, principalmente os trabalhadores de Santo Amaro, Rancho Queimado, Blumenau, Brusque. Os funcionários de Florianópolis, já sabiam do Hospital e tinham muito medo da doença, mas precisavam trabalhar. (LOBATO, 2008).

Quando cheguei para trabalhar no Hospital, sabia pouco sobre as doenças que eram tratadas ali, levei um susto, vontade de ir embora, mas como tudo era longe, pouco transporte e precisava trabalhar, tinha que vencer o medo, e me acostumar com a rotina e aprender as atividades de enfermagem., No começo sofria muito, chorava mas só podia sair depois de três meses para ir em casa. (VISINTAINER, 2007)

No início, mais ou menos em 1955, nem tinha lugar/leito para internar no Hospital. Então foi criada uma comissão que avaliava os casos para internar no Hospital Nereu Ramos. Esta comissão se reunia a noite e nos finais de semana. O médico que queria internar seus doentes tinha que encaminhar os exames, os Raio X de pulmão, a história do paciente, para podermos fazer uma boa avaliação. Em alguns casos nem era Tuberculose, eram emagrecidos pela má alimentação. Após esta avaliação, a comissão chamava por ordem de prioridade. (...) Quando o paciente saía de alta, ele levava uma guia de transferência, um livrinho resumo do caso e a continuidade do tratamento que era por um ano. Tinha uma média de cinco por cento que não retornava, o abandono era baixo. A investigação epidemiológica era na Unidade Sanitária, os funcionários das unidades eram capacitados. O que mais houve aqui foi capacitação para tuberculose e hanseníase. Eu mesmo participei de umas cem capacitações. Por outro lado, no Hospital Nereu Ramos, na época não se fazia treinamento. Era apenas quando o funcionário chegava se orientava alguma coisa, não havia treinamento sistemático. Um dos cuidados, quando este chegava era fazer o teste tuberculínico (PPD), se apresentasse pouco reagente era feita a vacina. (GOMES, 2008)

Em Florianópolis, em 1935, através do Decreto 96, de 29/11/1935 do Governador Nereu Ramos e publicado no Diário Oficial do Estado, foi realizado o primeiro Curso de Parteiras do Estado, denominado de "Escola de Enfermagem Obstétrica de Santa Catarina", a qual foi idealizada pelo Dr. Carlos Correa, que era Inspetor de Hygiene com o argumento que uma formação tradicional de parteiras em Santa Catarina diminuiria a mortalidade materna tão comum nesse período. (CANASSA, 2005, p. 125)

Na área de saúde pública, o Estado de Santa Catarina começou a organizar seus serviços nas primeiras décadas do século passado. Em 1938, o governador Nereu Ramos criou o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP) para o combate às epidemias. Quatro anos mais tarde, é inaugurado, na capital, um Centro de Saúde com a finalidade de atender à população. Nos primeiros cinco anos, não houve um trabalho expressivo realizado pela equipe de enfermagem, embora o Ministério da Saúde tivesse colocado à disposição e enfermeiras para trabalhar na instituição, porém nenhum deles permaneceu por muito tempo para dar continuidade no serviço. (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999, p. 32)

No Estado, não havia cursos de formação para enfermeira. Algumas mulheres, que tinham interesse na área foram buscar formação em outros centros do país e retornaram desenvolvendo várias atividades nos serviços de saúde, entre as quais a primeira enfermeira catarinense foi Hilda Ana Krisch, formada pela Escola Ana Néri do Rio de Janeiro que chega ao Estado em 1945. (...) Outra enfermeira que teve destaque nos serviços de saúde do Estado foi Flérída Goudel Cardoso, formada pela Escola Ana Néri, que chega ao Estado em 1946, passando a atuar no Departamento de Saúde Pública (DASP) e na Legião Brasileira de Assistência (LBA), empenhando-se no treinamento de atendentes, visitadoras sanitárias e guardas sanitários. Na LBA organizou o Serviço de Enfermagem e a creche. (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999, p. 32)

De acordo com Cardoso apud Borenstein (1994, p. 28), a década de 60 foi muito difícil, pois havia carência em todos os aspectos. O pessoal de enfermagem era semianalfabeto, contratado sem concurso público, por influências político partidárias. Havia falta de vontade política.

Na década de 60, o serviço de saúde pública recebeu novas enfermeiras, que deram uma valiosa contribuição ao serviço de enfermagem. Uma das enfermeiras, que teve importante participação no Serviço de Tuberculose do Estado,

foi a enfermeira Maria Marlene Bernardes de Medeiros, a qual havia recebido treinamento no Serviço Nacional de Tuberculose, passando a chefiar o Serviço de Enfermagem, do Serviço de Tuberculose do Estado. (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999, p. 34).

Do ponto de vista dos serviços propostos pelo Estado para o controle e tratamento da tuberculose, a presença de enfermeiras ocorria apenas nos serviços de saúde pública. Na área hospitalar, os cuidados aos doentes estavam nas mãos de religiosas e de pessoal prático, de pouca qualificação profissional, sem uma educação formal.

Apenas em março de 1959, passou a funcionar a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, em homenagem à madre superiora da Ordem da Divina Providência. Esta escola foi planejada, organizada e implementada pela Irmã Cacilda (Otilie Hammes), funcionando por vinte e cinco anos. Este curso foi considerado um marco nos serviços de saúde e na própria história da enfermagem de Santa Catarina. (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999, p. 36)

A partir da escola de auxiliares de enfermagem, da chegada de mais enfermeiras para o serviços de saúde e a organização da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn/SC), a situação e as condições de trabalho da enfermagem, em Santa Catarina, passa a viver um novo tempo de desenvolvimento da profissão e perspectiva de criação de um curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina que se concretizou em 1969, idealizado e coordenado pela Doutora Eloita Pereira Neves.

Atualmente, a Enfermagem de Santa Catarina destaca-se no cenário nacional e internacional, na área de formação de recursos humanos em enfermagem e saúde, com cursos de especialização, mestrado, doutorado e pós doutorado. Tem também como veículo de divulgação do conhecimento a Revista Texto e Contexto, indexada nas principais bases de dados nacionais e internacionais.

O crescimento e o desenvolvimento do Curso de Enfermagem, da UFSC, nos vários níveis de formação, possibilitou a formação de um contingente grande de enfermeiras, mestres e doutoras em enfermagem e, com isso aumentou o número de escolas de enfermagem no Estado. Esta expansão do ensino oportunizou qualificar a assistência de enfermagem nos serviços de saúde do Estado e proporcionar um cuidado de enfermagem de qualidade alicerçado em sólidas bases científicas e humanas. Valeu os sonhos das enfermeiras do passado e ideais de

uma enfermagem científica e comprometida com a profissão e com a saúde da população. Hoje podemos concluir que da enfermagem de um tempo que demorava a passar à enfermagem dos dias atuais, onde o tempo passa muito rápido, não dá tempo e justifica muitas vezes o não cuidar. Os sonhos de uma enfermagem, comprometida e sensível à causa da saúde tem que ser continuamente refletido e renovado, não esquecendo o modo de fazer e ser enfermeira do passado. A volta a estas raízes/idéias propicia o alimentar de novas idéias e novos sonhos de progresso nutrido pelo amor e o ideal da enfermagem do passado. A experiência de construção da enfermagem nos serviços e no ensino em Santa Catarina, deve servir sempre para encontrar novos caminhos para a profissão de enfermagem em qualquer tempo ou lugar.

5.4 AS CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL NEREU RAMOS (1940-1960)



Figura 7 – Passeio e lazer das Trabalhadoras e Irmãs na Década de 40.
Fonte: Acervo pessoal de Terezinha Longen.



Figura 8 – Festa de São João do HNR na Década de 40.
Fonte: Acervo pessoal de Maria Nívea da Silva.



Figura 9 – Trabalhadora de Enfermagem e Paciente.
Fonte: Acervo pessoal de Maria Nívea da Silva.

As condições de vida e trabalho dos trabalhadores de enfermagem, no Hospital Nereu Ramos, no período estudado, davam-se de maneira simultânea, pois ao serem contratados para trabalhar, a condição era que passassem a morar no próprio Hospital, em regime de internato. Estas condições eram previamente estabelecidas pela Irmã Superiora em consonância com a direção. Os momentos de trabalho e vida ocorriam integrados de tal modo que se confundiam. Este modelo de instituição aproxima-se do que Goffman (1992, p.11) afirma ser uma instituição total,

a qual define como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

Esta condição imposta aos trabalhadores de morar no Hospital em regime de internato favorecia a Direção do Hospital e a Irmã Superiora ter os trabalhadores de enfermagem à disposição a qualquer hora para o trabalho, pois desta forma também tinham o controle da vida e força de trabalho dos mesmos, pois tudo acontecia no mesmo espaço, moradia, trabalho e lazer.

De acordo com depoimentos dos entrevistados, após serem contratados, ficavam três meses sem poder sair do hospital, nem ao menos para visitar a família. O argumento da Irmã Superiora era que este tempo proporcionaria uma melhor adaptação ao local e ao trabalho.

Quem morava no alojamento, tinha que estar sempre disponível. Vou te contar o que aconteceu comigo, fui fazer a ronda das 5 horas da manhã, e aí entrei em cirurgia, deixei o Centro Cirúrgico, cuidei do paciente até às 20 horas e depois fui dançar quadrilha, pois tínhamos que fazer festa para os pacientes. Quando estava bem faceira na roda dançando, a freira me chamou, Ana vem dar plantão. Pois faltou o funcionário do plantão, eu tive que voltar e trabalhar. (COSTA, 2008).

Naquela época, não tinha horário certo de trabalho, tinha que estar disponível. Trabalhava de dia e de noite se precisassem (...) a gente trabalhava conforme a necessidade e não ganhava nada extra por isso. Quando entrei para trabalhar no hospital, só contratavam moças solteiras, não podia ser casada. Teve o caso de uma funcionária telefonista que casou. Teve que sair. Filhos, licença maternidade atrapalhava a dedicação ao trabalho. (LONGEN, 2008).

Fui trabalhar no Hospital com dezoito anos. Morava no alojamento. No início a gente não podia ir em casa. Passei três meses sem ir em casa. Chorava muito (...) só depois deixavam ir em casa e passear nas folgas, pois sabiam que a gente já estava acostumada e voltava para trabalhar. (SILVA, 2008).

Quem morava no alojamento a carga horária de trabalho era de 8 horas, mas trabalhávamos o tempo todo e toda hora. Se acontecia cirurgia, nos chamavam. Se desse certo, continuava cuidando do doente. Se morria tínhamos que cuidar do corpo e também limpar a sala de cirurgia. Éramos umas escravas no trabalho. Tínhamos que ter disponibilidade sempre (...). (VISINTAINER, 2007)

Quem morava no alojamento, ganhava roupa lavada e alimentação sem precisar pagar nada, mas nas emergências que ocorriam com os doentes a gente logo era chamado, tinha que estar sempre à disposição (...) as irmãs preferiam também os

funcionários homens, solteiros, pois podiam se dedicar mais ao trabalho. (SOARES, 2008)

A condição de trabalhar e viver em forma de internato também é referida por Paixão (1960, p. 49), ao se referir sobre o sistema de ensino proposto por Florence Nightingale. Esta costumava realizar rigorosa seleção de candidatas, e só permitia o ingresso de jovens educadas e de elevada posição social e, como garantia que essas jovens se mantivessem educadas, as escolas foram dotadas de internatos que garantiam a elevação moral necessária ao exercício profissional. O que poderemos também inferir que este constitui-se em um espaço de disciplinamento, através de regras e controles pela direção da escola.

De acordo com Coelho (1997, p.89), no final do século XIX, as escolas de origem religiosa adotavam a prática do internato para suas alunas, visando uma educação aprimorada, ao lado da instrução ministrada durante os cursos.

A autora também refere que as alunas da Escola Anna Néry, desde a turma pioneira viviam em regime de internato. Conviviam com um rígido regulamento interno, o qual estabelecia as normas a serem seguidas por todas no internato. Em uma carta, datada de 1925, uma das alunas pioneiras da escola escrevia a uma amiga:

O regime aqui é quase militar, mas em breve vemos a necessidade dele para que se mantenha a disciplina tão útil numa coletividade. Não imaginas o quanto estou forte e bem disposta: deitar cedo, levantar também cedo, comer à hora certa, depois trabalhar, não imaginas como faz bem a saúde. (COELHO, 1997, p. 111).

A disciplina sob este ponto de vista objetivava moldar e controlar os comportamentos através de regulamentos que estabeleciam as regras e normas, construindo, desta forma, o perfil profissional esperado no padrão de ensino nightingale. O poder disciplinar neste contexto é considerado em sua produtividade.

Segundo Padilha (1998, p. 174-175), uma forma utilizada pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia, do Rio de Janeiro, para manter a disciplina em constante efetivação, nas 24 horas do dia, além de permitir uma utilização dos empregados por cargas horárias não especificadas e não necessariamente controladas, era a obrigatoriedade de permanência e residência no hospital. Estas

peças mantinham o cotidiano hospitalar em atividade durante as 24 horas do dia, possibilitando sua atuação constante, na observação hierárquica, aplicação de sanções normalizadoras, com muito mais eficácia e manutenção do “*status quo*” estabelecido. O hospital passa então a ser esquadrinhado por todos. A vigilância é completa e o funcionamento adequado é perseguido.

Kruse (2006, p. 406) diz que as escolas de Enfermagem no Brasil mantiveram internatos em suas sedes até a década de sessenta. Os mesmos cumpriram um papel regulador da conduta das enfermeiras e hoje são objeto de inúmeros estudos, pois são vistos como um dos “pilares do projeto de construção da profissão” em nosso país.

No hospital Nereu Ramos no período do estudo, morar no alojamento, significava estar no internato e internado, a todo o momento sob a vigilância, disciplina e controle das Irmãs. O que podemos verificar através dos depoimentos a seguir:

Quando eu trabalhava no HNR, eu morava no alojamento, de 1952-1956, depois voltei em 1963 a morar no alojamento. Tinha dois alojamentos femininos. Quando acabava o turno de trabalho, a gente ia para o alojamento.

Quem morava no alojamento, ganhava roupa lavada e alimentação sem precisar pagar, mas nas emergências que ocorriam com os doentes a gente logo era chamado, tinha que estar sempre à disposição. No alojamento masculino tinha cinco camas, para os homens solteiros (dois da enfermagem, um da caldeira, motorista) Os casados moravam em suas casas. As irmãs preferiam os solteiros, por serem mais disponíveis para o trabalho.

O alojamento feminino, as irmãs chaveavam à noite, e tinha uma irmã que dormia num quatinho para cuidar, para não entrar homens. A irmã era a guardiã da honra. A Irmã borrifava água benta em cada cama, para abençoar o sono das moças.(..)Mesmo assim, tinha funcionária “moça” que fugia antes de fechar o alojamento. O alojamento masculino elas não chaveavam à noite. (SOARES, 2008)

No alojamento eram mais ou menos 30 moças ou mais, nem sempre era este número. A gente às vezes, fazia festinha lá, aniversário das colegas. (SILVA, 2008)

Pelos relatos, podemos perceber que, apesar da vigilância constante das Irmãs e do uso de disciplina e controle, os trabalhadores expressavam resistências ao poder. Por outro lado, eram cotidianamente reforçados os rituais de poder (chaves) e de religiosidade.

6 PADRÕES DE CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM... ILUMINANDO O CUIDADO EM TUBERCULOSE... MEMÓRIAS DE TRABALHADORES (1943-1960)

A vida não é um problema para ser resolvido, mas um mistério para ser vivido (...) porque a prática é em si um mistério a ser vivido (...). No entanto como é que eu, ou nós podemos iluminar o mistério para ser vivido de forma a que este possa ser valorizado, avaliado, "visto", desenvolvido e incorporado na prática da enfermagem, no ensino e na pesquisa? (WATSON, 2002)

Para este estudo, os padrões de conhecimento são apresentados e interpretados a partir de uma perspectiva ontológica do ser cuidador/trabalhador de enfermagem, ou seja, a dimensão expressiva daquele que pratica a ação de cuidado.

Os depoimentos dos entrevistados foram analisados a partir dos padrões de conhecimento propostos por Carper (1978), Munhall (1993), White (1995) e ampliados por Maia (2007), buscando uma conexão com as perspectivas paradigmáticas de Newman e colaboradoras (1995), as quais apontam três perspectivas paradigmáticas na enfermagem. A primeira, representada pelo **Paradigma Particular – Determinista**, o cuidado é estudado como intervenção terapêutica, a abordagem é direcionada à cura das doenças, com **ênfase na dimensão biológica** e distanciamento da dimensão humana, com valorização do quantitativo.

A segunda perspectiva paradigmática é representada pelo **Paradigma Interativo – Integrativo**. Esta perspectiva reconhece o cuidado nas experiências de saúde como um fenômeno interativo – integrativo. Prevê a **integração corporemente, aceitando práticas de cuidado e *healing* (reconstituição)**.

A terceira perspectiva é o **Paradigma Unitário Transformativo**. Esta perspectiva compreende o cuidado como um processo unitário-transformativo de mutualidade e desvelamento criativo; propicia a abertura para a pesquisa de fenômenos não físicos, curas e cuidado e *healing* (reconstituição), e lança uma mudança radical nas pressuposições ontológicas, epistemológicas e éticas para a prática e o estudo do cuidado e da compreensão dos processos de **viver-adoecer-cuidar-curar-reconstituir-morrer-transcender**.

6.1 O PADRÃO DE CONHECIMENTO ÉTICO DE CUIDADO

É urgente uma ética que tenha como destinatário a humanidade, reunida num único lugar, no planeta Terra. Uma ética do cuidado, da cooperação, da solidariedade e da compaixão, envolta numa aura de reverência e de respeito por tudo o que existe e vive. (BOFF, 1999).

O Padrão de Conhecimento ético, expresso pelos trabalhadores entrevistados, associa o cuidado ético com temas como sentimentos, envolvimento, solidariedade, respeito, fraternidade, humanidade, respeito, direito à privacidade e o cuidado de si para poder cuidar do outro. Estes podem ser vistos nos depoimentos, a seguir, que refletem o cuidado com uma forma humana criativa e sensível e relacionam como compreensão, sentimentos, emoções e sensações de toda forma, revelando o estar-com, a presença autêntica, um diálogo vivo com a compaixão e a esperança para com o ser cuidado/paciente:

Cuidar dos doentes com tuberculose nos dava um sentido de humanidade e amor ao próximo. Parecia até uma missão de caridade e compaixão (...). E dava sentido para continuarmos trabalhando na enfermagem. (SILVA, 2008)

Naquele tempo havia um envolvimento muito grande com o cuidado aos doentes. Quando a gente cuidava procurava ver cada paciente em sua individualidade e pensando em amenizar seu sofrimento. (LONGEN, 2008)

A gente sentia muito quando um paciente morria, pois a gente já os considerava como da família ou um parente, pois ficavam muito tempo internados. (VIEIRA, 2007).

Estes sentimentos refletem o cuidado com uma forma humana criativa e sensível e relacionam como compreensão, sentimentos, emoções e sensações de toda forma, revelando o estar-com, a presença autêntica, um diálogo vivo com a compaixão e a esperança para com o ser cuidado/paciente:

Para Assmann e Sung, (2000, p. 98), a sensibilidade humana é a capacidade de sentir empatia, de se deixar tocar pela vida, sofrimento e alegrias, esperanças e desejos de outras pessoas. A sensibilidade no sentido de experiências físicas da visão, tato, audição, olfato. Experiência sensitiva, de nosso contato visual

ou físico com pessoas, que são sempre realidades mais complexas e portadoras de mistérios que transcendem a nossa capacidade racional.

O ser e o estar com o outro demonstra nossa humanidade no encontro do cuidado aciona nossa sensibilidade ao cuidar do outro, sendo esta imprescindível no processo de cuidado humano. Para Zobolli (2004), cuidar requer que a pessoa responda ao cuidado como um ato de compromisso, o que configura um sentimento ético para com o outro/paciente.

Belato e Pereira (2005, p. 21) entendem o olhar ético como aquele que parte de um ser humano corresponsável, que tem, na empatia e solidariedade para com o outro momentaneamente fragilizado, o balizamento de suas ações profissionais. Esta perspectiva visualiza o outro em uma relação simétrica, sendo o outro portador de direitos iguais ao do profissional cuidador, oportunizando o acontecer de uma prática acolhedora e tolerante com aqueles que estão em situação de vulnerabilidade de saúde.

O compromisso do ser solidário é com a dignidade humana. A pessoa/paciente precisa ser protegida, com compaixão e reconhecida em sua singularidade e dignidade. Toda atitude do profissional de enfermagem deve ter como meta a busca da dignidade humana, do respeito e valorização da vida. (...) o cuidado é um processo interativo, dinâmico, de envolvimento e corresponsabilidade entre o enfermeiro e o paciente, que compartilham conhecimentos, sentimentos, e exigem respeito à dignidade humana. Esta interação, permeada pela solidariedade que é construída, envolve atitudes éticas, sensibilidade e reciprocidade. (BETTINELLI, 2002).

A solidariedade é um vínculo, que se estabelece entre pessoas que podem se conhecer, pelo menos como iguais, como sujeitos com capacidades de estabelecer um diálogo, onde sejam avaliadas as razões e os limites do auxílio prestado. A solidariedade encontra seu fundamento na simetria dos interesses, na medida em que todos compartilham uma única preocupação por universalizar a dignidade humana. A solidariedade no momento pressupõe a pluralidade humana. Precisa da mediação do diálogo e da argumentação razoada. Seria desejável que os programas de assistência tentassem colocar o respeito acima da compaixão, a solidariedade acima da piedade. (CAPONI, 1999, p. 9)

Entendemos que a solidariedade enquanto atitude ética do cuidado, pressupõe a construção de uma relação dialógica entre duas pessoas, respeitando a

individualidade e singularidade dos envolvidos na ação de cuidar. É atitude de respeito e de compreensão em todas as situações que envolvem a situação ou o momento do cuidado. É uma atitude frontal e compassiva ao sofrimento humano.

Santos (2001), na sua tese de doutorado desvenda a compreensão de como a compaixão tem sido utilizada na prática da enfermagem/saúde e nas atividades relacionadas ao cuidar do outro. A compaixão é vista como uma ética da bondade, de compreensão para com o outro em seu sofrimento ou necessidades. Na visão do autor as práticas compassivas circulam na prática de enfermagem de dois modos: como compaixão (pena) e como compaixão (amar apaixonadamente) retratando um narcisismo ou uma renúncia de si, as quais abrandariam as emoções do cotidiano, da dor, do sofrimento, das alegrias e de vida. A compaixão, como valor moral que afirma a existência da enfermagem nas suas atividades relacionais e de ajuda, traduzindo o seu poder no traço compassivo.

Acreditamos que as atitudes compassivas referidas pelos trabalhadores de enfermagem, deste estudo estavam embasadas na perspectiva cristã, estando incorporadas como um dever, da prática da caridade e na concepção do outro como irmão. O dever era servir ao próximo como a si mesmo.

Almeida Filho e outros (2006, p. 15) apresentam um fac-símile referente a um artigo de autoria de Rosaly Rodrigues Taborda, publicado na revista *Anaes de Enfermagem* em 1934. Este documento enfatiza a situação preocupante imposta pela tuberculose, em que a autora ressalta a importante atuação da enfermeira por permanecer mais tempo próxima ao doente. Ela é quem está mais acessível as “confidências e lamentações” dele. A autora, em seu artigo faz uma distinção entre os cuidados aos doentes hospitalizados (ambiente hospitalar) e ao doente em seu domicílio, cenário onde os enfermeiros devem ter atitudes compassivas e carinhosas para conquistarem a confiança do doente, a enfermeira deveria utilizar-se de “psicoterapia persuasiva”, Esta competência era dividida em racional (aquela aplicada ao doente) e sentimental (cujo alvo era a família), informando que entre os atributos da psicoterapia persuasiva estão: paciência, sinceridade, atenção, afabilidade, indulgência, firmeza e bondade.

A apresentação deste fac-símile permite ter uma noção dos atributos que orientavam o agir dos profissionais de enfermagem no cuidado aos pacientes com tuberculose neste período histórico, os quais eram fundamentados na compaixão e no carinho.

O cuidado visualizado como solicitude permite revelar as potencialidades de cada ser humano, ou seja, interessar-se pelo outro, demonstrando uma atitude ética relacionada à presença, estar próximo do seu ser, estar em casa (êthos) voltando-se para si e para o outro. Isto constituiria a essência da ética enquanto proximidade ao ser. (PERDIGÃO, 2003).

Para Waldow (2004), o afeto, a solidariedade, a compaixão, o compartilhar, a humildade e a coragem caracterizam-se como a expressão estética do cuidar. Pois só quem ousa e consegue expressar sua sensibilidade parece considerar a experiência de cuidar enriquecedora e ter prazer no que faz. Nesta concepção no padrão ético de cuidar são consideradas as atitudes e comportamentos do cuidador e o padrão estético de cuidar, é a expressão e significados da concretização do cuidado como arte e humanidade do ser.

O pessoal que trabalhava na enfermagem não tinha muitas preocupações de pegar a doença. Só usávamos máscara, nunca soube de funcionário que tenha adquirido tuberculose. Três Irmãs/Freiras pegaram e não trabalhavam direto com os doentes. A gente cuidava dos doentes com tanta dedicação, compaixão pelo sofrimento deles que Deus nos protegia. (VISINTAINER, 2007)

As pessoas que trabalhavam com os pacientes com tuberculose, não pensavam muito na doença, só pensavam em cuidar. Parecia que o medo era esquecido (...) Hoje usam o termo humanizar, mas naquela época, a gente cuidava com amor (..) a gente sofria às vezes, pois os medicamentos para dor muitas vezes faltavam, muitas vezes em pós operatório não resolviam, e tinham os pacientes terminais que tínhamos que nos conformar com isso e com a dor dos pacientes. Os médicos diziam que não adiantava tratar mais, pois ali era o limite(..). (COSTA, 2008)

Os depoimentos dos entrevistados expressam uma preocupação com o cuidado do outro que, no cotidiano do processo de cuidar, demonstram uma negação de si e do cuidado de si, negando a possibilidade dos riscos do contágio da tuberculose, ao relacionar-se com os pacientes expressando uma atitude compassiva ao sofrimento do outro. Também evidenciam as condições materiais e a postura ética dos trabalhadores de enfermagem da época em relação ao sofrimento e à finitude.

Através dos depoimentos, também podemos perceber que a ação de cuidar desenvolvida pelos trabalhadores de enfermagem era dirigida pela compaixão humana em conexão com a fé em algo superior, expressando além do Padrão de

Conhecimento Ético Carper (1978), o Padrão de Conhecimento Espiritual – Metafísico, proposto por Maia (2007), ao relacionar o fator divino como uma proteção dos riscos do contágio diante da tuberculose.

As atitudes compassivas demonstradas nos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem deste estudo, relacionam que o cuidar do outro prescinde de sensibilidade, afetividade, compromisso, estabelecimento de vínculos, fortalecimento da fé e da esperança e de uma busca cotidiana no significado e sentido de ser um cuidador de enfermagem. No encontro com o outro e na experiência de cuidar, os trabalhadores construíram seu modo de ser, a sua existência, a sua história, o seu sentido, a compreensão de si mesmo como presença real nas situações da prática do cuidado de enfermagem.

Para Lunardi (1998, p. 70), a negação de si e a abnegação podem ser evidenciadas pela vocação, dentro do sistema proposto por Florence Nightingale, como um chamamento para consagrar-se aos enfermos, ao cuidado do outro, do pobre, do inválido e do enfermo, como uma manifestação e demonstração de devoção a Deus, ou para atender e satisfazer a uma necessidade pessoal de ajudar ao outro, de reduzir o seu sofrimento. Por outro lado, o exercício do cuidado ao outro, como expressão de bondade caridosa, pode implicar na sufocação e na sua anulação, como impeditivo para desenvolvimento do seu próprio cuidado de si.

O cuidado desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem aos pacientes acometidos de tuberculose expressava um vínculo, um envolvimento, uma sensibilidade que refletia a singularidade de cada paciente, como também as implicações e situações relacionadas ao cuidar dos doentes de tuberculose, que podem ser visualizadas nos depoimentos a seguir:

A gente sentia muito quando um paciente morria, pois a gente já os considerava como da família ou um parente, pois ficavam muito tempo internados. (VIEIRA, 2007)

No passado o cuidado dos pacientes tinha mais envolvimento, tinha outra relação médico paciente mais respeitosa, era mais dedicada. (LOBATO, 2007)

Os pacientes eram bem cuidados e o pessoal de enfermagem se envolvia no cuidado dos doentes. Quando os pacientes saíam de alta os funcionários e as Irmãs levavam até lá embaixo no portão. Todos faziam fila para se despedir, bater palmas, pois estavam de alta. Sabe, Ana, é muito importante esta tua pesquisa, para a gente reviver este momento do passado, do cuidado aos doentes com humanidade e respeito, pois hoje já não cuidam mais assim. (VIEIRA, 2007)

Os pacientes quando internavam, sabiam pouco de seus direitos, em sua maioria eram pessoas simples, do meio rural ou do interior do Estado. Os familiares eram informados do dia da visita {...} Os médicos, no caso Doutor Lobato e Doutor Bonassis, decidiam o tratamento, o tempo de internação, que dependia do resultado dos exames. Tinha paciente que recusava tomar a medicação, lembro de uma paciente que desmanchava a barra da saia para esconder a medicação e depois se dirigia ao banheiro e dava descarga, não aceitavam pois a medicação logo engordava, me parece que era a Hidrazida. (VIEIRA, 2007)

Os doentes eram chamados pelo nome. Pela manhã a gente chegava à enfermaria e cumprimentava cada doente. Tinha alguns que queriam ir à missa e comungar, então ajudávamos o paciente a se vestir e se arrumar. (VISINTAINER, 2007)

Os depoimentos permitem compreender que os trabalhadores de enfermagem ao desenvolverem o cuidado de enfermagem demonstravam sensibilidade ética para com os pacientes. Ao chamar pelo nome, reconheciam a sua singularidade buscando desta forma realizar um cuidado individualizado e solidário. Percebemos, também, que a postura ética dos profissionais de saúde prescinde uma comunicação efetiva entre o ser cuidado e o cuidador para que este cuide de si com autonomia e liberdade de decisões.

O princípio de respeito à autonomia assegura o direito das pessoas de terem pontos de vista próprios, fazerem escolhas e tomarem atitudes baseadas em valores e crenças pessoais. Este respeito envolve uma ação respeitosa e não somente uma atitude de respeito. Isto inclui a obrigação de manter a capacidade para a escolha autônoma do outro, afastar medo e outras condições freqüentes no cotidiano da saúde, que impedem as ações autônomas. (BEAUCHAMPS; CHILDRENS, 1994)

O Padrão de Conhecimento ético, expresso pelos trabalhadores de enfermagem nos depoimentos, aponta a **privacidade** como um componente essencial ao cuidado ético realizado junto aos pacientes internados com tuberculose.

Os pacientes eram chamados pelo nome {...} em alguns casos como curativos, pacientes muito graves protegíamos com biombo/cortina, para dar privacidade, quando estavam no banheiro a porta era fechada. Em outros casos até fazíamos o curativo no postinho. Quando um paciente estava mal, era separado em um quatinho com cortinas azul e roupa de cama de tricoline clarinho; tinha crucifixo na parede. (VIEIRA, 2007)

Os sentimentos que tínhamos ao cuidar dessas pessoas doentes eram os melhores possíveis, pois tinham alguns pacientes mais

estressados. Eram muito pobres, não sabiam se comportar direito, nem usar o banheiro, não podíamos chamar a atenção, nada na frente dos outros, convidávamos para conversar no gabinete. O cuidado era uma dedicação pessoal, por isso de vez em quando teve muitos namoros entre pacientes e funcionários. Tinham pessoas internadas muito bacanas. (VIEIRA, 2007)

Na época, os pacientes eram tratados com muita dedicação, carinho, respeito, eram chamados pelo nome. Na ocasião do banho ou de algum procedimento, a gente preservava a privacidade do paciente com biombos ou cortinas. Os pacientes terminais ficavam isolados num quatinho separado dos outros pacientes. (LONGEN, 2008)

Os depoimentos expressos pelos trabalhadores de enfermagem demonstram uma amplitude do significado da palavra privacidade, relacionando-a esta não apenas à proteção visual de um procedimento ou acontecimento/ocorrência com os pacientes, mas uma atitude de cuidado respeitosa, sensível e individualizada. A privacidade como uma atitude de olhar o outro/ser doente como alguém a ser preservado do sofrimento e da exposição de si durante o processo de hospitalização. Os trabalhadores demonstraram sua razão sensível ao entender que ao estar internado em um hospital o indivíduo encontra-se fragilizado e necessita do cuidado de enfermagem para sentir-se protegido e cuidado.

Para Pupulim e Sawada (2002, p. 434), a condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo. Os doentes encaram a hospitalização como fator de despersonalização por reconhecerem a dificuldade para manter sua identidade, intimidade e privacidade. O ambiente hospitalar é estressante por diversos fatores essencialmente ao doente, por perder o controle sobre os que o afetam, e dos quais depende para a sua sobrevivência. Além disto, a internação é angustiante por evidenciar a fragilidade a que estão sujeitos, devido à exposição emocional e física.

A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção de sua individualidade. (SAWADA, 1995, p. 6)

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993), no seu Capítulo IV DOS DEVERES, em seu Art. 27, preconiza que o enfermeiro deve: Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar. E no Art. 28: Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente. O que podemos perceber é que, na atualidade este Código de ética é de

conhecimento dos trabalhadores de enfermagem, que passaram por uma educação formal, o que não era o caso dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Nereu Ramos, que não receberam este tipo de educação, construíram seu conhecimento ético no cotidiano do trabalho, a partir das experiências pessoais e culturais e no discurso das religiosas, que ali desenvolviam as práticas de cuidado. A sensibilidade e a atitude de respeito durante a prática do cuidado era o que orientava as decisões de colocar o paciente em um lugar digno e adequado para manter sua privacidade.

Entendemos que, ao assegurar a privacidade dos pacientes nas situações de cuidado de enfermagem que possam expor a privacidade, devem ser levados em conta os aspectos técnicos do cuidado de enfermagem e os aspectos emocionais dos pacientes quanto a preservação da sua intimidade.

Arendt (2001), em seu livro “A Condição Humana”, apresenta uma concepção de privacidade como oposição ao público, contrapondo o que deve ser exibido com o que deve ser ocultado. Para a autora, a maneira eficaz de garantir os espaços da intimidade contra a luz da publicidade é mantendo este espaço como algo só nosso, à meia luz.

Beauchamp e Childrens (2002) referem o que constitui uma perda de privacidade e o que afeta o sentimento de perda da privacidade de um indivíduo também pode variar de acordo com cada sociedade e de acordo com cada indivíduo (...). O valor que atribuímos a uma condição de não-acesso explica o modo como ela vem sendo categorizada como privada. Além disto, uma perda de privacidade pode depender não apenas do tipo ou grau de acesso mas também de quem tem acesso, através de que meios, a que aspectos específicos de uma pessoa. (...) Quando uma pessoa, voluntariamente, concede a outras pessoas acesso a ela, esse ato é um exercício do direito à privacidade, e não uma renúncia a esse direito.

Para esta concessão do acesso, entendemos como situações do cotidiano da prática do cuidado, onde o paciente permite ao médico a realização de determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos ou da realização de cuidados de enfermagem ou por técnicas de enfermagem onde, muitas vezes expõe a intimidade do seu corpo.

Compreendemos que, no período estudado (1940-1960), o cuidado com o corpo seguia todo um ritual de proteção, pudor e decoro associados à formação religiosa. O corpo doente deveria ser tratado como assexuado e o corpo do trabalhador de enfermagem deserotizado, disciplinado em seus movimentos ao

realizar as atividades de enfermagem.

O que nos remete aos escritos de Padilha (1998, p. 75) ao se referir ao cotidiano das Irmãs de Caridade

não era honroso ou conveniente que as Irmãs tivessem qualquer contato com um corpo nu, para não correrem o risco de romperem com os votos de recolhimento e virgindade, que haviam assumido olhar os doentes com o se fossem seus filhos.

No hospital Nereu Ramos (1940-1960), os doentes eram separados por enfermarias de acordo com o sexo, sendo que os trabalhadores homens cuidavam das enfermarias masculinas e as trabalhadoras mulheres das enfermarias femininas. As Irmãs poderiam supervisionar ambas as enfermarias, desde que não desenvolvessem o cuidado direto aos pacientes masculinos. Havia, nesta época, um olhar vigilante e disciplinador, com forte conteúdo moral, o qual refletia a época, o momento histórico e social, em que o feminino era associado à sexualidade, à submissão e à obediência.

O Padrão de Conhecimento Ético, expresso pelos trabalhadores de enfermagem relacionam-no ao tema responsabilidade e pode ser constatado pelos depoimentos dos entrevistados a seguir:

As irmãs cobravam responsabilidade e atenção em tudo que fazíamos, com o cuidado dos doentes, tudo tinha que estar na ordem e na disciplina. Com isso aprendi muito para minha vida. (LONGEN, 2008)

Às vezes aconteciam coisas que tínhamos que assumir a responsabilidade, como o caso de uma doente daquela época, que morava no Saco dos Limões. Esta doente foi em casa de visita a passeio, e ficou grávida. O pior é que eu a acompanhei em sua visita em casa. Não sei onde estava nesta hora, à Irmã quando soube ficou brava e veio perguntar para mim, onde eu estava que não cuidei a paciente. Fiquei sem fala e sem saber como isto pode ter acontecido. (VISINTAINER, 2007)

O que percebemos nos depoimentos é que, em muitas situações ou momentos do cuidado de enfermagem, estes assumiam responsabilidades que estavam além de sua experiência pessoal, do treinamento recebido para realizar o cuidado ou se relacionar com o outro/paciente. Nesta época no cotidiano do trabalho, os trabalhadores de enfermagem confrontavam-se com relações poder e reagiam de forma submissa a este poder, sem expressar resistências ao poder. Por

outro lado, as relações no ambiente do cuidado demonstravam domesticidade e informalidade no preparo dos trabalhadores de enfermagem para realização do dado de enfermagem em diferentes situações de sua prática/seu fazer cuidado.

A ética do cuidado, na visão de Gilligan (1993), tem, como elemento chave: a consciência da conexão entre as pessoas, ensejando o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros; o entendimento de moralidade como consequência da consideração deste relacionamento; a convicção de que a comunicação é o modo de solucionar conflitos. Para Noddings (1984), a capacidade de agir eticamente é entendida como uma virtude ativa, que requer dois sentimentos; o primeiro é o sentimento natural de cuidado; e o segundo ocorre em resposta à lembrança do primeiro. Cada pessoa traz consigo uma memória dos momentos nos quais cuidou ou foi cuidado, podendo acessá-la, caso assim o deseje e por ela guiar sua conduta.

Na visão de Gilligan (1993) e Noddings (1984), a ética do cuidado requer uma consciência dos significados do cuidado, em que o relacionamento e a comunicação são atitudes necessárias para conduzir a ação dos cuidadores.

Esta consciência é construída pelas lembranças e memórias de cuidado experienciadas pelos indivíduos/cuidadores durante o seu processo de viver.

Roach (1993) afirma que, independente das razões que movem as pessoas para cuidar, estes indivíduos cuidam porque são seres humanos. A capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana; afirmando que a habilidade de exercitar e expressar o cuidado pode ser desenvolvida, despertada ou inibida através da experiência educacional, pela presença ou a ausência de modelos de cuidar/cuidado. Para a autora o cuidar é responsivo, é evocado em resposta a alguém, é expresso em determinados momentos, assim como particularizado através de comportamentos concretos. As categorias de cuidar cuidado propostas por Roach expressam o cuidar cuidado em cinco cês: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento. O cuidar cuidado desta perspectiva é visto como um modo de ser. Para Waldow (2004, p. 37), o cuidado humano representa uma maneira de ser e de relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual por sua vez, inclui responsabilidade. Também pode ser destacado interesse e compromisso moral, manifestações que são exclusivas dos seres humanos.

Fry (1990) considera que o cuidado ético envolve relacionamentos, comportamentos e resulta em ações e atitudes no sentido certo-errado, bem-mal, A

ética sob este ponto de vista, permeia todas as ações humanas em suas características morais e não morais.

Ao analisar o cuidado ético realizado pelos trabalhadores de enfermagem (1940-1960), percebemos que sua ação de cuidado estava alicerçada nos valores morais, pessoais, culturais, religiosos da época. O cuidado expressava o modo de ser e a humanidade do cuidador, Cuidar com ética era cuidar bem, auxiliar no processo de recuperação e cura do doente.

Para Beauchamps e Childrens (2002, p. 18-19), a ética é um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral. A moralidade refere-se a convenções sociais sobre o comportamento humano certo ou errado. Estas convenções são partilhadas, formando um senso comum, ou seja, à medida que nos desenvolvemos como seres humanos aprendemos regras morais e sociais (leis) e, a partir daí, normas de conduta socialmente aprovadas.

O termo ética vem do grego *ethos* e quer dizer “modo de ser “ ou “caráter “ no sentido similar ao de forma(s) de vida(s) adquirida(s) pelo homem. A diferença entre as expressões ética e moral é de origem histórica, ou seja, a moral é a tradução latina de ética, mas com uma conotação formal e imperativa (o Código bem/mal) que direciona no aspecto jurídico e não ao natural. (GARRAFA, 1995, p. 20)

Na visão de Silveira (2006, p. 27) a moral consiste no modo de ser e fazer do ser humano. À medida que este vai interiorizando valores pessoais e sociais, crenças, sentimentos, exigências de autoridade de uma instituição, tradição ou comunidades, as quais considerem fontes legítimas de direcionamento da moralidade.

Ao considerarmos o princípio ético da beneficência, prevalece a idéia de que um ser humano deve beneficiar o outro, o que exige ações positivas para ajudar e não simplesmente abster-se de realizar atos nocivos. A moralidade requer não apenas que tratemos as pessoas como autônomas e que nos abstenhamos de prejudicá-las, mas também que contribua para o seu bem estar. (BEAUCHAMPS; CHILDRENS, 2002, p. 281)

Beauchamps e Chidrens (2002, p. 282) afirmam que a beneficência pode significar atos de compaixão, bondade e caridade. Algumas vezes, o altruísmo, o amor, a humanidade são também considerados formas de beneficência (...). A beneficência refere-se a uma ação em benefício de outros: a beneficência refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição do agir em benefício dos outros e

o princípio da beneficência refere-se à obrigação moral do agir em benefício dos outros, de modo a promover interesse legítimo e importante. Para os autores, ao longo da história do cuidado à saúde, quando um usuário requeria o serviço dos trabalhadores de saúde, as obrigações e as virtudes destes profissionais foram interpretadas como compromissos de beneficência.

A ética deve ser considerada sob o ângulo social e problematizada do comportamento humano (..), sendo fundamental não esquecer que os valores éticos, mesmo individuais, pessoais, tem uma repercussão e envolvimento social. (GELAIN, 1994, p. 30)

O cuidado de enfermagem praticado pelos trabalhadores de enfermagem, nas décadas de 40 a 60, no Hospital Nereu Ramos, refletia o momento histórico da enfermagem em Santa Catarina, em que a prática de enfermagem e o cuidado eram realizados de forma instintiva, apoiada em um conhecimento e aprendizagem não formal, sustentada apenas por valores pessoais e humanos., como podemos visualizar através dos depoimentos:

Naquela época, a gente cuidava de forma instintiva, mais de uma motivação pessoal. Não tínhamos conhecimento, informação sobre as doenças e dos cuidados de enfermagem, como hoje. Era só na dedicação pessoal, humanidade, respeito e de muita preocupação com os doentes. Tudo era feito na prática, sem muito conhecimento. Se fazíamos uma injeção em um paciente com doença infecciosa, depois só colocávamos a agulha e a seringa de molho em uma bacia com clorofórmio, e alguns minutos depois já estava usando em outro doente, sem ter certeza, se estava esterilizada ou não. Deus protegeu os pacientes, que nunca se registrou uma infecção por fazermos assim. (VISINTAINER, 2007).

Quando a gente começava a trabalhar no Hospital, não sabia praticamente nada de enfermagem, só a vontade de ajudar o outro. O que fazíamos pelos doentes era mais de intuição, dedicação e uma grande vontade de aprender a cuidar, apesar de todos os riscos que estávamos expostos. Acho que era sentimento de humanidade e compaixão (..). (COSTA, 2008)

Os depoimentos revelam que os trabalhadores de enfermagem desenvolviam as práticas do cuidado, movidos mais pelos sentimentos e pela dedicação do cuidar do que por um saber formal de enfermagem. Isto confirma o que diz Alcântara (1963) que até o final do século XIX e início do século XX, a enfermagem tradicional no Brasil era exercida por pessoas leigas e religiosas, não preparadas especificamente para o cuidado aos doentes, e se caracterizava como

uma ação caritativa.

Podemos perceber, através dos depoimentos que a tomada de decisão do como cuidar era baseada em práticas culturais e sociais do cuidado anteriormente incorporadas pelos trabalhadores e por um modelo vocacional religioso de dedicação e compromisso com a prática da enfermagem/seu fazer. Esta prática de cuidado de enfermagem refletia o momento histórico e político do país e da profissão de enfermagem.

Na perspectiva de Carper (1978), o conhecimento ético envolve o exame e a avaliação do que é certo, do que é errado, do que é bom, do que é valioso e do que é desejável nos objetivos, ao realizar as intervenções ou o cuidado aos pacientes, o que requer compreensão das diferentes posições filosóficas sobre o que é bom, o que deveria ser desejado, o que é correto. Para tanto, é importante que as normas que orientam o fazer e a conduta dos trabalhadores de enfermagem sejam explicitadas e avaliadas frente aos seus atos ou a seu agir em situações da prática de enfermagem.

Ao tecermos considerações sobre o cuidado, desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem, do Hospital Nereu Ramos, neste período histórico, acredito que devemos levar em conta que seu fazer e seu agir eram sustentados pela experiência da prática e dos valores morais, sociais, culturais e religiosos, vivenciados no cotidiano do trabalho. As regras e as normas que orientavam a conduta de como cuidar eram da solidariedade, da amorosidade, da compaixão. Estes sentimentos são necessários para a realização e a concretização do cuidado, preconizados por Boff (1999).

Boff (1999, p. 33) refere que o cuidar é um modo de ser essencial. É mais que um ato, é uma atitude. Abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento vivo com o outro. Heidegger (1989) no livro “Ser e Tempo” coloca que, do ponto de vista existencial, o cuidado acha-se a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa que ele se acha em toda atitude e situação de fato. O cuidado como modo-de-ser perpassa toda existência humana e possui ressonância em diversas atitudes importantes. Através dele, as dimensões de céu (transcendência) e as dimensões de terra (imanência) buscam seu equilíbrio e coexistência. As ressonâncias do cuidado e suas concretudes são privilegiadas por Boff (1999, p. 109) em conceitos ou atitudes

como o amor, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a convivialidade e a compaixão, a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza.

Também Boff (1999, p. 112) considera como regra de ouro a justa medida a qual permeia o modo-de-ser trabalho e o modo-de-ser cuidado, pois ela assume uma importância axial, no campo da ética. Trata-se de encontrar o ótimo relativo, o equilíbrio entre o mais e o menos. Por outro lado, a medida justa pode ser sentida negativamente quando os limites são ultrapassados, pois daí nasce a vontade e até o prazer de violar o proibido (...). A justa medida é alcançada pelo reconhecimento realista, pela aceitação humilde e pela ótima utilização dos limites, conferindo sustentabilidade a todos os fenômenos e processos, à Terra, às sociedades e às pessoas.

No pensamento de Boff (1999), é necessário o ser humano desenvolver a sensibilidade para que possa sentir e captar situações em que estão em jogo a responsabilidade, a tomada de decisões conscientes e o exercício da liberdade. Com esta busca constante o ser humano caminha na direção da justa medida, em atitude permanente atenta, e em comunhão com a vida, com o outro, com o universo, de paixão e compaixão, e de coexistência pacífica com todos os seres, a qual faz nascer o cuidado essencial.

O Padrão de Conhecimento Ético expresso pelos trabalhadores como dedicação, obrigação, reflete o momento histórico da Enfermagem e da prática do cuidado, onde o cuidar exigia um compromisso com o outro, fundamentado em um modelo vocacional religioso e nos valores morais da época, do dever, da obediência, da obrigação e da compaixão.

O pessoal de enfermagem daquela época, não media esforço para cuidar dos doentes. Se dedicavam, eram comprometidos. Se éramos chamados na hora do almoço, a campainha tocava, primeiro a gente atendia os doentes. Às vezes eram casos graves de hemoptise. Então a gente tinha que fazer a injeção para parar a hemoptise com urgência. Nossa relação com os pacientes eram de muito respeito, fraternal e de solidariedade. Quando os pacientes sentiam muita dor, já tinha prescrição de morfina deixada pelo médico. Eu achava importante estar ali cuidando estes doentes, e como trabalhávamos na enfermagem tínhamos a obrigação de nos dedicarmos. (VISINTAINER, 2007)

Toda a hora que era chamada a gente ia trabalhar. Não tinha horário certo, tanto de dia quanto a noite. Os funcionários vinham chamar no quarto (clausura). Eu atendia só a ala da tuberculose. Cada irmã era chamada para atender a sua ala. (...) Eram casos de hemoptise, uma urgência. Exigiam muita dedicação e rapidez nos cuidados e muita compaixão. (WESTRUPP, 2001)

O tema do **relacionamento** é expresso como um componente do cuidado ético, o qual pode ser visualizado pelos depoimentos dos entrevistados como envolvimento, presença, apoio, o que muitas vezes extrapolava os limites do relacionamento terapêutico, aproximando-se do relacionamento pessoal. Acredito que, neste momento histórico muitos fatos ou situações contribuíram para fortalecer relacionamentos que do ponto de vista da ética ou da Deontologia de Enfermagem, não poderiam ser admitidos; mas, se levarmos em consideração que estes trabalhadores de enfermagem não tinham uma educação formal de Enfermagem, não tiveram acesso ao saber relacionado aos princípios éticos que direcionam a profissão da Enfermagem, devemos estabelecer uma outra compreensão da realidade e do tempo histórico destes acontecimentos.

O envolvimento dos funcionários da enfermagem com os doentes era muito grande , pois naquela época não tinha serviço social, padre e a enfermagem eram quem apoiavam os doentes. (COSTA, 2008).

A relação dos funcionários de enfermagem e pacientes era muito fraternal e próxima. Tinha muitos namoros e deu até casamento como no meu caso. Casei com um ex-paciente, apesar da proibição das Irmãs. As Irmãs proibiam namorar, lá dentro do Hospital. Não deixavam, nem pensar, mas sempre tinha os namoros, que davam até casamentos. (SILVA, 2008)

Os depoimentos revelam que os relacionamentos entre os trabalhadores de enfermagem eram de proximidade, com vínculos fortes de amizade extrapolando os limites de uma relação profissional. Acreditamos que estes casos ocorriam em razão da falta de uma educação formal de enfermagem e de uma base ética de enfermagem profissional. Os comportamentos e condutas exigido pelas Irmãs da Divina Providência, impregnado de valores religiosos e normas morais da época, em alguns momentos as atitudes dos trabalhadores revelavam situações de transgressões à estas regras e resistências ao poder das religiosas.

Na visão de Noddings (1984), o cuidado é visualizado através de relacionamentos, que são de base ontológica e de base ética. Para a autora, cuidar é engajar-se em certos comportamentos de cuidar que incluam dimensões éticas. O enfoque, nos comportamentos de cuidar através das interações humanas, estão fundamentados em conteúdo moral. Os elementos essenciais identificados nos relacionamentos de cuidado são: receptividade, reciprocidade e conectividade,

salientando que estes elementos são encontrados na população feminina. Esta perspectiva de cuidado ético vai de encontro com a abordagem feminista do cuidado, a qual privilegia às bases ético-morais e educacionais dos cuidadores.

Acredito que o tema relacionamento é uma das bases fundamentais do cuidado ético, devendo estar alicerçado em bases ético-morais transmitidas pela educação formal de enfermagem e pela experiência prática, em contínuo processo de ação-reflexão-ação.

O Padrão de Conhecimento ético expresso pelos trabalhadores de enfermagem apresenta, como um dos temas importantes do cuidado ético, o **cuidado de si** como forma de enfrentar as condições adversas do trabalho de enfermagem e o risco ameaçador, sempre presente ao cuidar dos pacientes com tuberculose. Os depoimentos demonstram isto:

As Irmãs enfatizavam o cuidado de saúde para nós funcionários. (...) as Irmãs exigiam que nos cuidássemos nos alimentando bem, tomando bastante leite, frutas (...). (VISINTAINER, 2007)

As irmãs reforçavam para nós a necessidade de nos cuidarmos, fazer todo ano abreugrafia no Departamento de Saúde, exame de escarro, quando tínhamos algum sintoma de gripe. Existia uma reunião, onde o Doutor Lobato passava instruções de como deveríamos cuidar e nos cuidar. (VIEIRA, 2007)

Naquela época existia o medo da doença, mas a gente se cuidava, pois sabia que todos ali internados tinham Tuberculose, usávamos máscara e touca, não aceitávamos nada que viesse dos doentes, alimentação. Lavávamos muito as mãos. Tomávamos banho ao fim do plantão. A gente se cuidava bastante. Um dos cuidados era não voltar para casa com a roupa ou uniforme do Hospital. Os médicos nos orientavam através de palestras, filmes sobre a doença e ver como era o bacilo. Tínhamos que nos cuidar muito, pois tinha muitos pacientes graves internados. Mesmo assim vários funcionários pegaram a doença. (LONGEN, 2008)

Tanto os funcionários quanto as Irmãs corriam risco de ficarem doentes. A cada seis meses, nós íamos para o Departamento para fazer o RX do tórax, para controle e depois passava na consulta médica. Que eu saiba ninguém ficou doente durante o tempo que eu trabalhei lá no Hospital Nereu Ramos. (...) A gente atendia usando máscara e um avental. Naquele tempo não usava luvas. Mas procurávamos nos proteger sempre lavando as mãos ou trocando a roupa quando sujava durante o atendimento aos doentes. (WESTRUPP, 2001).

Através dos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem, percebemos que a atitude de cuidar de si, apresentava-se como uma condição necessária para manter-se saudável, para poder realizar o trabalho de enfermagem e de enfrentamento ao fantasma da doença “tuberculose”. Eram comportamentos relacionados ao fortalecimento da saúde física, boa alimentação, proteção com aventais e máscara, e controle de saúde através de exames. A atenção e a preocupação para o cuidar de si partia, na maioria das vezes, de uma autoridade externa ao trabalhador de enfermagem, no caso as Irmãs e os médicos. Outra questão que motivava o cuidar de si era a preocupação com a saúde da família ou dos filhos. A atitude de cuidar de si também estava relacionada à manutenção de sua força de trabalho produtiva, pois esta era garantia de emprego e sobrevivência de sua família.

Foucault (2004) entende a ética a partir dos gregos como a prática reflexiva da liberdade. Para nos conduzirmos adequadamente nas relações, para exercermos a liberdade como devemos, é preciso ocupar-nos de nós, cuidarmos de nós, não numa perspectiva de egoísmo ou de interesse individual, mas como aperfeiçoamento pessoal, superação dos apetites, dos desejos e paixões que possam dominar-nos, ou seja, cuidar de si significa, antes de tudo, não ser escravo de outros, dos que nos governam, como de nós próprios, das nossas próprias paixões.

A questão da liberdade, a governabilidade de si, é essencial e uma questão ética, enfatizada por Foucault “para que este exercício da liberdade assuma a forma de um *ethos* belo, bom, honorável e que possa servir de exemplo, é necessário todo um trabalho do sujeito sobre si mesmo”. (FOUCAULT, 2004).

Para o autor, quem cuida de modo adequado de si mesmo encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os outros.

Na enfermagem, o cuidado de si, na maioria das vezes, é sublimado em detrimento do cuidado do outro. Esta prática tem sido historicamente vivenciada pelos trabalhadores, como uma negação de si, abnegação, devoção ao outro. Atualmente muitos autores de enfermagem como Lunardi (1999), Maia (2005), Erdmann (1996), Radunz (2001) e muitos outros refletem o cuidado de si como uma condição essencial para cuidar do outro.

O cuidado de si é entendido como o cuidado do eu e, ainda, como

autocuidado, destacando que, por parte da equipe de enfermagem, o enfoque está na busca do autocuidado pelo cliente, para que o mesmo se aproprie do cuidado de si e não primeiramente a busca do cuidado de si pelo profissional. (LUNARDI, 1999)

Para Maia (2005), o cuidado de si pressupõe um diálogo permanente consigo, reflexivo e ancorado na historicidade e experiência individual e coletiva do indivíduo, É compromisso e responsabilidade. É o ressignificar contínuo no seu processo de viver/conviver, podendo constituir-se em atitude e postura política e social.

A obra de Foucault é uma proposta de ontologia histórica de nós mesmos, em relação a verdade que nos constitui como sujeito do conhecimento. É uma ontologia histórica de nós mesmos, nas relações de poder que nos constituem como sujeitos atuando sobre os demais e a ontologia histórica de nós mesmos, numa relação ética em que nos construímos como sujeitos morais. (MOREY, 1990)

Nossa compreensão é que a perspectiva de Foucault, ao pensar o cuidado de si, na contemporaneidade, foi tornar este tema inquietante, instigador e frontal ao resgatar valores e sentidos do cuidado de si, cultuado na antiguidade, um retorno aos gregos, onde uma ética da existência alicerçava-se no cuidado de si, da alma do indivíduo, na consciência de, ser sujeito de si de seus atos, no controle de sua vida/prazeres/sonhos, os quais eram princípios/estratégias/precauções para afirmar sua liberdade, a atitude atenta e permanente de cuidar de si, de se reconhecer como sujeito e ser reconhecido por outros, como exemplo de estilo/forma/arte de viver/conviver/participar na coletividade. Podemos visualizar a moral como moralidade de comportamentos, ou seja, os modos pelos quais os indivíduos devem constituir-se e conduzir-se a si mesmos, como sujeitos morais, diante dos códigos prescritivos de modo a que não atuem apenas como agentes, mas como sujeitos morais de seu agir.

Whendausen e Rivera (2005) afirmam que Foucault na última parte de sua obra “Hermenêutica do Sujeito”, estuda a possibilidade de tornar a vida uma obra de arte ou uma estética da existência. Encarar a vida de modo estético seria visualizá-la como uma matéria prima, sobre a qual vamos imprimindo formas, esculpindo contornos, tal como um artista ao fazer uma obra. Para esculpir a vida que sonhamos, é preciso fazer escolhas, para as quais é preciso ter liberdade. Dar forma à vida é uma tarefa ética, no sentido de que é preciso escolher entre o que é belo e o que não é; condição do exercício da liberdade.

Entendemos que, a escolha do viver, como obra de arte ou como artista, leva a articular a moral como base dos valores universais, culturais/sociais/políticos/econômicos/históricos, que fundam/constituem a base dos sujeitos, o eixo de sua afirmação/posição/opção pessoal, sua atitude frontal e consciente do que é o bem e o mal, e a confissão de suas verdades/poderes no processo de viver e existir cuidando de si. (MAIA, 2005).

Nossa compreensão é que a perspectiva de Foucault ao pensar o cuidado de si, na contemporaneidade foi tornar este tema inquietante, instigador e frontal ao resgatar valores e sentidos do cuidado de si, cultuado na antiguidade, um retorno aos gregos, onde uma ética da existência alicerçava-se no cuidado de si, da alma do indivíduo, na consciência de ser sujeito de si de seus atos, no controle de sua vida/prazeres/sonhos, os quais eram princípios/estratégias/precauções para afirmar sua liberdade, a atitude atenta e permanente de cuidar de si, de se reconhecer como sujeito e ser reconhecido por outros, como exemplo de estilo/forma/arte de viver/conviver/participar na coletividade.

Para tanto, acreditamos ser tarefa do sujeito ético, a autoria de sua própria história de vida e de uma escrita estética de sua existência. Reconhecer uma ontologia de si buscando construir uma antologia de si, com consciência e intencionalidade, captando o sagrado/alma do ser-si mesmo e transformando em metáfora poética a vida como uma coleção de arte/beleza autobiográfica.

Mayeroff (1971, p. 63), afirma que, “se eu for incapaz de cuidar de alguém ou de algo separado de mim serei incapaz de cuidar de mim mesmo”, o que significa que só serei capaz de cuidar de outro se cuidar de mim mesma”. Nesta perspectiva de Mayeroff (1971), o cuidar de si é condição imprescindível e responsável para poder cuidar do outro. Desta forma o cuidar de si antecede o cuidado do outro.

Do ponto de vista das organizações de cuidado como hospitais, clínicas, escolas de enfermagem ou de saúde, o cuidado de si não é enfatizado como um valor ou necessidade para o funcionamento destas instituições. Sua ocorrência e seu acontecer é individualizado, pessoal, movido por uma filosofia de vida ou de respeito a si e inerente ao seu processo de viver. Estas organizações mostram, desta forma, sua contradição interna e o risco de sua sobrevivência enquanto instituições ditas de “cuidado”. O não cuidar de si, cuidando do outro, mostra no decorrer do tempo, um retrato da desumanização do cuidado, tão freqüente nos dias atuais.

Erdmann (1996, p.120), fundamentada em Foucault entende que o autocuidado e o cuidado de si não chegam a contemplar aquele cuidado que se processa no interior de cada subsistema, o cuidado pessoal, que o sistema vivo enquanto órgão biológico-social processa nos seus movimentos ondulações de auto-organização para sobreviver, manter-se vivo. Não seria eu me cuidando com a ajuda do outro, nem eu cuidando de mim favorecendo ou não o desejo do outro no estar sozinho ou no estar com o outro e, sim o meu sistema pessoal processando o cuidado por mim própria, alimentado por fatores que podem fugir do meu controle pessoal, mas que mostra um potencial de força/energia que está presente no transcurso da vida pessoal. A autora ao falar do subsistema pessoal busca respaldo em Foucault, para referir-se ao cuidado de si, pois este tem sentido e valor quando favorece uma estilística do vínculo, ou seja, uma perspectiva de reciprocidade e não de domínio do outro.

Radunz (2001, p. 22) enfatiza que, quando a relação de cuidado assume a perspectiva de cuidar de si ao cuidar do outro, o enfermeiro desenvolve-se e, conseqüentemente, o outro também se desenvolve. Assim cuidar de si mesmo implica um reconhecimento, por parte do enfermeiro de um papel ativo na manutenção da saúde, pois com isto ele assume parte da responsabilidade na prevenção da síndrome de exaustão. Implica também uma conscientização sobre a finitude do ser humano, fato que conduz a buscar viver com qualidade, cada dia de sua vida, cuidando de si.

Remen (1993, p. 178) afirma que, de certo modo, a obrigação de promover a saúde e o bem estar envolve um compromisso com a livre escolha. Desta forma, o cuidado de si mesmo está diretamente relacionado com a vontade e a decisão da pessoa.

Para os autores, o cuidar de si exige um compromisso consigo, uma atitude de responsabilidade. O cuidar de si pressupõe uma tomada de decisão, em que o indivíduo faz escolhas de forma consciente e deliberada de que forma vai cuidar de si e quais as razões que o motivam a isto.

O exercício do cuidado de si e dos outros pelos profissionais de enfermagem deve ser um marco de referência, passível de ser visto a olho nu, como o “cartão-postal” da instituição, retratando a realidade de um ambiente de cuidado, inspirando confiança e segurança aos seus clientes (..) configura-se num investimento, que determina os resultados do trabalho do enfermeiro, trazendo retorno pessoal,

institucional e social: Pessoal, ao despertar um compromisso com a vida, com o prazer de viver, ao reforçar hábitos e estilo de vida saudáveis, ao facilitar as relações interpessoais e ao diminuir a incidência de doenças decorrentes de estresse laboral. O retorno institucional é decorrente do pessoal, pois pessoas de bem com a vida faltam menos ao serviço e mostram-se mais efetivos e comprometidos com a natureza da Enfermagem, proporcionando maior satisfação entre a clientela. As atividades de cuidado assim desempenhadas, incluindo o cuidado de si, configurando os enfermeiros em modelos de cuidado, traduzem um retorno social, ou seja, um retorno à população em geral usuária do serviço de saúde, às instituições empregadoras, ao investimento na formação, acompanhamento e retroalimentação de profissionais. (RADUNZ, 2001, p. 108-9)

O padrão de conhecimento ético, apresentado pelos trabalhadores de enfermagem neste estudo, mostra o tema do cuidado de si, o qual nos faz refletir que o cuidar de si está intimamente relacionado ao padrão de conhecimento pessoal proposto por Carper (1978). Esta relação pode ser encontrada também nos estudos de Radunz (2001), Erdmann (1996), Maia (1991). Por outro lado, os trabalhadores de enfermagem deste estudo realizavam o exercício do cuidar de si, motivados pela energia do querer cuidar do outro, pela necessidade de interagir com o outro, por valorizar sua saúde e não tanto pelo conhecimento de si próprio ou do conhecimento de saúde adquirido pelo ensino formal. As estratégias usadas para a decidir aderir ao cuidar de si partiam do proposto por uma autoridade externa (Irmãs ou médicos) que tinham o poder de um saber em saúde e também pela experiência adquirida no cotidiano da prática da enfermagem.

Como foi possível perceber através das análises dos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem, o padrão de conhecimento ético expresso no desenvolvimento da prática do cuidado de enfermagem no período histórico deste estudo (1940-1960), no Hospital Nereu Ramos, estava alicerçado em valores humanos e de religiosidade cristã em que o dever, a abnegação, a obediência, e a moral da época orientavam as atitudes e as ações destes trabalhadores. Ao analisarmos este padrão em relação ao conhecimento da ética na atualidade podemos concluir que, neste período histórico a prática do cuidado de enfermagem era conduzida por valores humanistas/cristãos fundamentados em uma filosofia ética da responsabilidade e também em uma ética feminina de cuidar onde o diálogo o encontro e a solidariedade permeavam as relações de cuidado.

6.2 PADRÃO DE CONHECIMENTO ESTÉTICO DE CUIDADO

A arte evoca a espiritualidade, intuição, imaginação, criatividade e dedicação. A arte é o espírito da vida. (CHINN & WATSON, 1994)

Neste estudo o padrão de conhecimento estético, expresso pelos trabalhadores de enfermagem no cuidado dos pacientes com tuberculose, apresenta-se relacionado a três temas: 1) **a arte de encontrar significados na experiência de cuidado;** 2) **o cuidado como uma forma/ato de arte;** 3) **expressão artística do cuidado.**

O padrão de conhecimento estético expresso pelos trabalhadores de enfermagem, no cuidado aos pacientes acometidos de tuberculose relaciona o tema **a arte de encontrar significados na experiência do cuidado**, é demonstrado pelos depoimentos:

Eu achava importante estar ali cuidando estes doentes, e como trabalhávamos na enfermagem tínhamos a obrigação de nos dedicarmos. Só o que desagradava muito eram as Irmãs que pegavam muito no pé da gente e nunca estavam contentes. (..) Naquela época, a gente cuidava de uma forma instintiva, mais de uma motivação pessoal, não tínhamos conhecimento informação sobre doenças e da enfermagem. Era só na dedicação pessoal, humanidade, respeito, preocupação para com os doentes. (VISINTAINER, 2007).

Eu ter trabalhado no HNR, nessa época significou tudo de bom maravilhoso. Eu tinha um ordenado fixo, gostava do que eu fazia, tinha prazer que era cuidar dos doentes, fiz muitos amigos entre os pacientes e colegas de serviço. Em relação ao cuidado naquela época acho que era bem melhor do que hoje, pois tinha mais dedicação, mais capricho com o ambiente, mais envolvimento, compaixão com os doentes. Hoje tem mais conhecimento. Naquela época o forte era a dedicação e o amor ao próximo. (LONGEN, 2008)

Quando a gente começava a trabalhar não tínhamos nenhum preparo emocional para cuidar deste tipo de doente. O negócio era enfrentar. No meu caso eu comecei na MICA (moléstias infectocontagiosas), trabalhava de dia na Tisiologia e fiz muito plantão noturno na Tisiologia. Não tinha espaço para o medo. A gente encarava estar ali como um trabalho. Hoje em dia, o que eu vivenciei de doenças infectocontagiosas, foi um marco na minha vida. Ter estado para mim lá nesse momento e no Centro Cirúrgico foi uma das coisas melhores, e ter passado por todos setores do Hospital, até no registro, contas médicas, se sobrava

até na portaria. Em um tempo em que se falava em fantasma no HNR. Eu aprendi muito, eu queria aprender, quando eu entrei no Hospital. Tinha começado o Curso Normal em 1961 e tive que deixar pra trabalhar, e depois de 14 anos voltei a estudar, era interna. Entrei na faculdade em 1977, portanto significou muito na minha vida. Para mim foi tudo de melhor que me aconteceu na vida. (COSTA, 2008)

Trabalhar com os doentes de tuberculose teve algumas coisas um pouco tristes e outras alegres. O que foi triste era ver o doente morrer assim afogado com hemoptise. De alegre, era ver as brincadeiras, as festas como a de São João, o casamento caipira. Todos participavam. O padre organizava a festa junto com os funcionários e pacientes. (WESTRUPP, 2001)

Os depoimentos sobre os significados da experiência de cuidar de pacientes com tuberculose, demonstram que os trabalhadores de enfermagem lembram dos rituais de cuidado da época, rememoram este tempo como um período marcante, de aprendizagem para a sua vida como a organização, a disciplina, o respeito ao outro, a oportunidade de convivência pessoal e construção de amizades. O ter cuidado de pacientes com tuberculose teve grande significado do ponto de vista da solidariedade humana e do sentido do trabalho em suas vidas. E percebemos este conhecimento como uma expressão de cuidado sensível onde o respeito, a experiência, a habilidade, a intuição encontraram o significado e o sentido para a vida dos trabalhadores de enfermagem. O cuidado visualizado como expressão estética do encontro e da experiência do cuidado expressa sua autenticidade quando leva a realização e a felicidade do cuidador, ou seja, o fazer/cuidar torna-se significativo para o ser que cuida.

Para Boykin (1998, p. 43), é no contexto da situação de enfermagem que os pedidos de conforto são ouvidos. O enfermeiro, através de uma prática reflexiva reúne cada pista, cada pressentimento, cada sinal e contando com uma ampla base de conhecimentos, reflete sobre o significado destes em cada situação específica. O enfermeiro utiliza múltiplas formas de percepção – pessoal, empírica, intuitiva, ética e espiritual – para criar o artístico do momento, pondo em evidência a promoção do conforto. O conhecimento e a convicção nestas diferentes formas de percepção que existem dentro de nós, iluminam a beleza da prática.

Também Waldow (1998, p. 144) considera o cuidado humano como uma postura ética e estética frente ao mundo que exige “a conjunção do conhecimento,

habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade”.

O padrão de conhecimento estético revela-se nas situações ou momentos de cuidado. É através dele que se inicia e constrói uma relação de cuidado. Utiliza de todas as formas de percepção, abertura e compreensão da subjetividade do outro. É buscar o foco na intersubjetividade, conhecer o outro, a sua perspectiva, o seu mundo, a sua expectativa com relação ao cuidado. O padrão de conhecimento estético é o que mais se aproxima ao padrão de conhecimento chamado de “**desconhecimento**”, proposto por Munhall (1993), o qual é visualizado como uma abertura para conhecer o mundo do paciente, assumir o desconhecido para cuidar deste de forma autêntica e individualizada.

Johnson (1994) apresenta uma análise dialética das diversas concepções publicadas na literatura sobre a “arte de enfermagem”, onde distingue cinco conceitualizações de arte de enfermagem, a saber: 1) capacidade de tornar significativo o encontro com o paciente; 2) capacidade para estabelecer conexão com o paciente; 3) capacidade para desempenhar habilidosamente as atividades de enfermagem; 4) capacidade para determinar racionalmente um curso apropriado às ações de enfermagem; e 5) capacidade para conduzir moralmente a prática de enfermagem que desenvolve. Na visão do autor, a arte da enfermagem engloba aspectos objetivos e subjetivos da prática do cuidado de enfermagem articulada a ética, ou seja, o cuidado de enfermagem expressa uma dimensão ética e estética no cotidiano do trabalho de enfermagem.

Watson (1988) refere que o cuidado humano transpessoal é um ideal de intersubjetividade em que o enfermeiro e o cliente estão envolvidos e é uma arte quando o enfermeiro unido ao outro, transcende o físico, dando significado à existência e é um ideal moral, quando o enfermeiro se preocupa com a dignidade humana e a preservação da humanidade.

Chinn (1994) trata da arte e estética em enfermagem apresentando quatro dimensões: 1) a da expressão artística convertida em significado estético conhecido através da experiência de enfermagem; 2) a do trabalho do artista dando profundidade à compreensão da experiência humana relativa à saúde-doença; 3) compreensão da enfermagem como uma forma de arte, incluindo como ela se expressa e inspira; e 5) o uso da arte como uma terapêutica.

Erdmann (1998, p. 65) refere que viver a saúde no trabalho, no espaço de quem cuida e de quem é cuidado, é conseguir intercalar o prosaico com o poético,

os momentos de solidariedade orgânica e os momentos de solidariedade mecânica, já que o mecânico/técnico/rotina ainda não pode ser deixado de lado; viver o aconchego das coisas simples da vida no dia-a-dia do nosso trabalho; é viver as ocorrências, tensões e riscos dos momentos do “produzir”/cuidar, que são mutantes, imprevisíveis e plenos de significados para as contraditórias diferenças na existência humana. Esta existência torna-se cada vez mais o mundo próprio do cuidador, pelas trocas de energias efetivadas neste espaço/ambiente, pelos sentimentos/sensações, emoções, intuições, sonhos, esperanças, expectativas e raciocínios lógicos/científicos vividos na objetividade e na subjetividade de um cuidado afetuoso, eficiente, eficaz e efetivo de estar-junto-com as pessoas nos processos interativos de ajuda na busca de saúde pelo resgate do prazer dos sonhos, das esperanças, superando o que se apresenta como monótono e sufocante. O ritual do cuidado, na sua repetição, assegura a permanência do cuidador e a socialização do cuidado {...} No ritual do cuidado é marcada a existência do cuidador, as convenções e as regras estão presentes, lembrando-se algumas, como as vestimentas, os gestos, o material de bolso, o modo de caminhar, de falar, o manual de técnicas e outros, e onde o rito do dever ser, do ideal, remete o cuidador ao trágico, na consciência de que as atitudes e as situações esgotam-se no momento da sua realização. Viver a vida de cuidador implica em colocar em jogo, sempre de modo novo a vida social e individual de quem cuida e de quem é cuidado, com o reencantamento pela repetição enquanto anulação do tempo e das angústias dos ritmos sincronizados.

Ramos (1995) compreende a estética como uma relação fundamental do homem com o mundo, revela-se também no trabalho, já que ela mesma é expressão deste sujeito-trabalhador. Compreender esta micro-estética, entendida enquanto manifestação do sujeito naquilo que faz, é compreender as possibilidades de realização subjetiva do trabalhador no interior do modelo de processo de trabalho e o espaço de reconstrução do trabalho como experiência humana estética e ética.

Entendemos que, ao vivenciar o cuidado o trabalhador de enfermagem intencionalmente entra no mundo do outro/paciente e percebe suas necessidades de cuidado de enfermagem. Este momento é único, em que ambos vivenciam o cuidado e a expressão estética do encontro e da presença autêntica.

Mayeroff (1971) afirma que podemos perceber o cuidado em nós mesmos e nos outros, através de expressões de percepção, paciência, ritmos alternados, coragem, honestidade, fé, humildade e esperança.

A arte do cuidado está presente na vida, representada por um espaço de trocas de experiências subjetivas. De acordo com Watson (2002), no ambiente em que o ser humano vive, cresce, interage e transcende ocorrem relações de construções e transformações cíclicas fundamentais para o aperfeiçoamento desse ser. Neste ambiente existe uma riqueza vital, que possibilita ao ser humano sentir-se como uma fonte de vida e de cuidado, zelando pela sua existência e pela existência do outro e do todo.

Acreditamos que **a arte de encontrar significados na experiência** de cuidado leva em consideração a experiência, a abertura para ir ao encontro do outro/paciente e estabelecer um diálogo reflexivo com o momento/situação, onde a receptividade, a percepção do outro, a confiança e a autenticidade sejam caminhos para o encontro real e significativo de cuidar, tanto para o cuidador como para o ser cuidado.

O padrão de conhecimento estético, expresso como **o cuidado como uma forma/ato de arte** pode ser visualizada pelo cuidado estético no ambiente do cuidado no que diz respeito às roupas de cama, às roupas dos pacientes, à preocupação com a aparência física dos pacientes e ao ambiente das enfermarias as quais deveriam ser bem cuidadas, refletindo beleza e organização. Este padrão de conhecimento estético do cuidado dá visibilidade e forma à ação do cuidado de enfermagem, que foram demonstrados nos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem a seguir:

As roupas de cama, os guarda pós, e as roupas das Irmãs eram bordados em ponto cruz no maior capricho, coisa muito linda, pelas mãos habilidosas das bordadeiras Maria José Siqueira e de sua irmã Ana. Era tudo feito para ficar bonito e apresentável. (...) As Irmãs estabeleciam os cuidados e a higiene e limpeza e a maneira de arrumar as camas, bem dobradas, a troca de roupa de cama era todos os dias, {...} as roupas dos pacientes podiam ser próprias, mas as Irmãs não gostavam pois estas eram fervidas e poderiam ser perdidas. Os pacientes homens usavam pijamas e estes tinham três tamanhos, pequeno, médio e grande eram feitos de tecido listrado de algodão Renaux, que as Irmãs compravam em Brusque. As pacientes mulheres usavam pijamas ou vestidinhos. As Irmãs tinham muita preocupação com a aparência dos pacientes. Tinha um barbeiro do hospital seu João Jacinto, que fazia a barba e cortava o cabelo dos doentes. Também os pacientes faziam a barba uns dos outros. Para as Irmãs os pacientes tinham que estar bem cuidados e asseados. As pacientes gostavam da forma como eram cuidadas, com a preocupação com sua aparência física com as suas roupas, os cabelos, bem cortados, deveriam estar arrumadinhas. Os

funcionários também deveriam estar bem arrumados em seus uniformes e asseados, não era permitida unha comprida, nem uso de esmalte para as funcionárias mulheres. (VIEIRA, 2007)

Em relação à aparência dos doentes, as Irmãs estavam sempre chamando a atenção por causa da barba, da higiene, porque haviam pacientes que não tinham hábito em casa de tomar banho, lavar o cabelo, escovar os dentes e que no Hospital tinham que aceitar e acatar as ordens e a rotina e se cuidarem. (VISINTAINER, 2007)

Em relação ao cuidado com o ambiente hospitalar existia uma grande preocupação com a beleza, As paredes eram claras, com cortinas claras (para poderem ser fervidas quando lavadas), o ambiente da unidade do paciente deveria ser arrumado, ter vaso com flores, e os jardins em volta das enfermarias terem muitas Flores. Para a limpeza e capina dos jardins, o serviço mais pesado, as Irmãs conseguiam os sentenciados da penitenciária para realizarem o serviço. (LONGEN , 2007)

Percebemos, através dos depoimentos dos trabalhadores de enfermagem, que no cotidiano do cuidado aos pacientes acometidos de tuberculose, existia uma preocupação com a forma, a apresentação tanto do ambiente quanto do corpo dos pacientes. Deveria ser respeitada uma determinada ordem e disciplina dos corpos e dos espaços do cuidado. Esta disciplinarização e ordem no espaço hospitalar vai ao encontro do pensamento de Florence Nightingale (1820-1910), de que o hospital, agora espaço de cura, deveria ser organizado e ter assistência aos internos. Ao cuidado hospitalar não mais bastava a compaixão e a piedade. Seria necessário disciplinar a caridade e transformar o hospital em um ambiente de menor transição doença/morte e maior doença/cura. Seria preciso ir além da administração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria se usar apropriadamente o ar puro, o aquecimento, a iluminação, a limpeza, o silêncio e a dieta como auxílio à cura. Por falta de outra palavra, chamou estas ações de enfermagem. (NIGHTINGALE, 1989)

Silva (1995) entende que o meio ambiente físico, para Nightingale (1989), é pleno de vitalidade, que se faz presente através dos elementos da natureza, tais como ar fresco, água pura, luz solar e aquecimento pelo fogo. Vitalidade que estimula o poder vital do ser humano. A autora também enfatiza que para Nightingale a arte expressava-se nas ações de enfermagem, valorizando, desta forma, a estética, a intuição e a criatividade. Em seus escritos, está evidente a

dimensão pessoal, a aparência estética e a experiência intuitiva, subjetiva e individual, bem como a criatividade. (..) A adoção da arte contribuiu para a integração entre o pensar e sentir, e para uma abordagem humanística na enfermagem.

Uma contribuição importante nos dias atuais para a reflexão sobre a estética do ambiente é o estudo de Wosny (2002), “A Estética dos Odores: O Sentido do Olfato no Cuidado de Enfermagem Hospitalar”, em que localiza o cenário do ambiente hospitalar como espaço de sensações, no qual as percepções olfativas mostram-se ocultas, negadas ou silenciadas, desagradáveis porém suportadas e muito significativas para o cuidado de enfermagem. O autor conclui que uma maior apreensão estética dos odores hospitalares é essencial ao cuidado de enfermagem.

Watson (1989) considera como um dos fatores de cuidado a provisão de ambiente que fortaleça a imagem pessoal e a autoestima através da atenção holística para os aspectos físicos, mentais, sócio-culturais e espirituais. Este ambiente deve proporcionar conforto ao cuidador e ser cuidado.

Estas idéias sobre o significado do ambiente no cuidado podemos também relacionar ao **padrão de conhecimento ecológico-ambiental** proposto por Maia (2007), que preconiza, em sua dimensão expressiva, a segurança e a representação de que os espaços/ambientes do cuidado sejam saudáveis, sem poluição ambiental de ruídos/cheiros/radiações. Esta dimensão do padrão de conhecimento exige vigilância, educação, informação, empoderamento, *advocacy* e uma conexão dialógica permanente com a ciência do cuidado, intercambiando saberes-poderes-práticas, em uma atitude interdisciplinar e transdisciplinar. O que implica relações de parceria, harmonia e paz entre todos os envolvidos.

O padrão de conhecimento estético constitui a arte da enfermagem, que é expressiva e envolve criação, e tem sido associado às habilidades técnicas e manuais que são necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidado aos pacientes. (CARPER, 1978). A arte do cuidado é expressa pela percepção, criatividade e maneira de cuidar da enfermeira.

De acordo com Carper (1978) o conhecimento estético em épocas passadas, estava associado a um aprendizado imitativo e à aquisição de conhecimento por acumulação de experiências racionais, habilidades e atividades manuais realizadas pela enfermagem. A arte na enfermagem assume a conotação que envolve a consideração de condições e experiências que podem ser chamadas

de estéticas, e que abarcam inclusive o próprio processo criativo de descoberta do **padrão de conhecimento empírico**.

O cuidador de enfermagem experiencia de forma especial e singular cada momento ou situação de cuidado, bem como utiliza todas as formas de conhecimento na relação de cuidado. Cada relação de cuidado é uma experiência única na vida tanto do cuidador como do ser cuidado.

Boykin (1998, p. 42), refere que devido ao desejo do enfermeiro de perceber o outro como uma pessoa cuidadosa, intencionalmente ele entra no mundo do outro e começa a perceber os pedidos de cuidado da enfermagem. O enfermeiro, através da receptividade autêntica e da paciência ativa, ouve os pedidos de cuidado da enfermagem. Estes pedidos referem-se a formas específicas de cuidado que reconhecem, confirmam e mantêm o outro, na medida que ambos vivenciam o cuidado de forma única. A resposta do enfermeiro que atende estes pedidos é singular na medida em que reflete a beleza e a totalidade do enfermeiro individualmente. (...) A arte de prestar cuidados de enfermagem é vivenciada de formas especiais e individuais pelo enfermeiro, sendo influenciada pela experiência, conhecimento e padrões de expressão da pessoa.

O padrão de conhecimento estético, expresso pelos trabalhadores de enfermagem como tema relacionado **à expressão artística do cuidado**, apresenta atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem no cotidiano do trabalho, as quais expressam os atos de arte, a criatividade, a imaginação, sensibilidade, a intuição e os valores da época, no caso, os valores religiosos com suas representações estéticas, culturais e sociais. Os depoimentos a seguir expressam atos/atividades artísticas que permeavam o cuidado de enfermagem:

As irmãs estimulavam nossa criatividade, com trabalhos manuais, atividades com os doentes de terapia ocupacional, tudo para passar mais rápido o tempo de internação.(..) Os pacientes eram encorajados a realizarem dinâmicas de trabalhos manuais, bordados, crochê, aprendiam umas com as outras bordados, faziam presentinhos para as funcionárias, paninhos de prato, só que quando a gente pegava, primeiro lavava, esterilizava para depois usar. Os homens faziam com os equipos de soro transparentes, bolsas transparentes com botões de madeira, barquinhos, flâmulas de time de futebol, jogo de xadrex de madeira, capas para canetas. (VIEIRA, 2007)

Em algumas datas como Natal, Páscoa, São João, se faziam festas, passeios com os pacientes em Florianópolis, pois os pacientes ficavam muito tempo 2 ou 3 anos lá no Hospital, sem sair. Meu esposo, que é ex-paciente ficou um ano lá dentro. Antes

dele sair de alta do Hospital, fizemos uma peça de teatro eu e o Frei Tito, o nome da peça teatral era “Operação Muda”. Fazíamos festas e atividades para animarmos os pacientes. O capelão ajudava muito. No dia de Corpus Christi, faziam tapetes coloridos até a entrada do Hospital, que era lá em baixo, hoje perto do Recanto do Carinho. Se enfeitava a estrada toda junto com os pacientes e funcionários, e depois apresentávamos a peça teatral, por sinal foi naquela apresentação que conheci meu esposo. Ele trabalhou (papel) como médico. Namorar lá dentro não podia, as Irmãs não deixavam, nem pensar, disse para ele só depois que sair daqui de alta. (SILVA, 2008)

Eram realizadas festas religiosas como Natal, Ano Novo, Páscoa, São João, Corpus Christi, onde enfeitávamos o Hospital com bandeirinhas e montávamos barraquinhas na frente do Hospital. (LONGEN, 2008)

No Natal, a gente enfeitava o refeitório dos pacientes. E depois cada um ganhava o seu presentinho, doces, essas coisas. As Irmãs faziam os docinhos e bolachas (..) Na páscoa eu pintava as casquinhas de ovos que eu guardava e colocava dentro delas amendoim torrado e dava de presente como ovo de páscoa, aos doentes. Para pintar a gente mergulhava a casca do ovo na água com tinta e levantava ela. Ficava tudo mesclado de tinta. Depois botava numa varinha para secar. Ela secava logo porque era bem fininha. Aconteciam outras festas para os doentes no Hospital, mas o Natal e a Páscoa são as que mais me marcaram, pois deixavam os doentes felizes. (WESTRUPP, 2001)

O padrão de conhecimento estético que era realizado no contexto do cuidado ao paciente com tuberculose, demonstrava sensibilidade, beleza, sentidos e significados, constituindo-se em uma experiência de cuidar criativa e participativa. Ao mesmo tempo, a expressão estética do cuidado apresentava valores culturais, religiosos e sociais, com o objetivo de dinamizar o cotidiano dos pacientes.

Para Cestari (2003, p. 37), o conhecimento estético corresponde á arte de enfermagem, que é expressiva, subjetiva, e torna-se visível na ação do cuidar. No entanto nem toda a ação tem qualidade estética, pois, para que isto ocorra, deve haver uma unidade de fins e meios.

Ao pensarmos a estética em principio, remete-nos à arte e ao belo, porém esta é uma visão simplista e inadequada. A estética permite-nos vivenciar o objetivo e o subjetivo, permitindo conhecer suas diferenças e faz-se necessária à criatividade, sensibilidade, intuição, conhecimentos, entre outros itens indispensáveis para reflexão. (HAMMERSCHMIDT; BORCHI; LENARDT, 2006, p. 117).

A arte captura, expressa e recria o espírito humano e a vida em todas as suas várias formas. Ela evoca a espiritualidade, a intuição, a imaginação, a criatividade e a dedicação. A arte de enfermagem é vivenciada, expressa e co-criada no momento de cuidar. Engloba movimentos, toque, som, formas ou arte sensorial, tátil. O cuidar é a expressão artística da enfermagem. (WATSON; CHINN, 1994)

O padrão de conhecimento estético, visualizado na perspectiva dos autores acima citados, pode ser reconhecido dentro da perspectiva do encontro e da visibilidade da beleza do momento do cuidado, onde evoca valores, sentimentos, uso de todas as formas de percepções e a criatividade em todas as suas formas e cores. A sensibilidade e a intuição são os caminhos que favorecem acontecer o cuidado ético e estético.

Florence Nightingale, através de suas observações, afirmou que a apreensão, incerteza, espera, expectativa e o medo das surpresas prejudicam o doente mais do que qualquer esforço físico. Também observou que, nos doentes, as impressões e idéias tristes predominam sobre as alegres: eles discutem consigo mesmos, julgam-se ingratos e para eles nada tem valor. Para Florence a enfermagem deveria ajudar o doente a diversificar seus pensamentos, estimular a alegria através de leituras ou diálogos e oferecer atividades manuais. (NIGHTINGALE, 1989, p. 69-71)

Além disso, todo homem e toda mulher exercem alguma forma de atividade manual, exceção feita a poucas senhoras que nem se vestem sozinhas e que estão virtualmente na mesma categoria dos doentes, em relação ao seu estado nervoso. Ninguém pode imaginar o alívio que o trabalho manual oferece. E como a falta de atividade manual aumenta a irritabilidade peculiar da qual muitos pacientes sofrem. (NIGHTINGALE, 1989, p. 71-72)

Também baseada em suas observações, Nightingale reconhecia o poder das formas, das cores e da música como instrumentos de recuperação. Para ela, as formas e as cores livram mais facilmente o doente de seus pensamentos dolorosos do que qualquer argumento (NIGHTINGALE, 1989, p. 69). Para Florence a recuperação dos doentes também estava relacionada ao efeito físico da cor, da natureza, das flores, das paisagens e das peças artísticas. O cuidado visto desta forma era holístico e sintonizado com o ambiente e o viver dos cuidadores quanto dos seres cuidados.

A enfermagem é uma arte e, para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo-templo espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes. (SEYMER, 1989, p. 106)

Para captarmos a enfermagem como ciência e arte de cuidar, precisamos estar sensíveis e preparados para o ato de cuidar. Buscar em cada momento ou situação de cuidado extrair os significados, a beleza, o conhecimento e a experiência e o sentido do cuidar de enfermagem.

Para Erdmann (1998, p. 63), a atividade de cuidar surge da criatividade humana, das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do homem de criar novas situações; de executar uma atividade humana com seu estilo ou modo de ser/fazer e interagir próprio e de sua própria forma de apresentar/representar o resultado acontecer de sua atividade. É uma atitude de familiarização com sua própria vida, seus sentimentos e relacionamento com seres da natureza, que marca sua originalidade, pelo que consegue suscitar de emoções e sentimentos/sensações no homem, às vezes agradáveis/confortáveis e às vezes agressivos/dolorosos/invasivos/desconfortáveis.

A experiência artística engloba movimento, toques, som formas-atos ou arte sensorial tátil. A caracterização estética do cuidado revela-se na percepção e nas ações dos cuidadores, incluindo, direção, força, equilíbrio e ritmo. (WATSON; CHINN, 1994)

A expressão artística do cuidado, revelando seu padrão de conhecimento estético, demonstra que a experiência de cuidar prescinde da criatividade humana, de uma forma especial de ser, de caminhar em direção à sensibilidade, à emoção e ao desconhecido. O cuidar de forma estética pode ser um momento de desvelar e revelar os mistérios do ser cuidado e do cuidador. Portanto, este é o momento artístico do cuidado, onde o encontro de cuidado é único e real.

Percebemos, através da análise do depoimento dos trabalhadores de enfermagem sobre o padrão de conhecimento estético que este acontece na relação de cuidado, nas atividades realizadas, nas habilidades desenvolvidas por ambos, o que podemos inferir seja o momento de criação, ou o momento artístico do cuidado com toda a sua expressão estética e significação, onde o cuidado mostra-se como arte e humanidade.

Desta forma o cuidado desenvolvido pelos trabalhadores de enfermagem do Hospital Nereu Ramos, aos pacientes com tuberculose refletia um padrão de conhecimento estético nas idéias de autores atuais como também, nos ideais Florence Nightingale.

Esta maneira estética de cuidar, revolucionária para o seu tempo (1940-1960), em que os trabalhadores de enfermagem, não tinham uma educação formal para o cuidado, e que ainda hoje é difícil de ser estabelecida no cuidado em nossos Hospitais. Acredito que, esta maneira estética de cuidar tenha sido perpassada pelo modelo religioso e pelo poder disciplinar exercido pelas Irmãs da Divina Providência, que coordenavam as atividades de enfermagem no Hospital Nereu Ramos.

O que então devemos fazer na atualidade para resgatarmos a beleza, a forma, a sensibilidade, a humanidade e a sacralidade do cuidado nas instituições hospitalares ou de saúde de nossa cidade, em nosso país, ou quiçá no mundo?

6.3 PADRÃO DE CONHECIMENTO EMPÍRICO DE CUIDADO

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber da enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, (...). A educação de enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber de enfermagem. (ALMEIDA, 1984, p. 58)

A natureza do conhecimento e a forma pela qual é desenvolvido são condicionadas pela história, pelos valores dominantes e recursos disponíveis os quais, por sua vez estão relacionados com as condições socioculturais. Desta forma, a partir de uma perspectiva histórica, é possível compreender melhor como foram desenvolvidos os conhecimentos de uma profissão e quais são os temas que provavelmente continuarão a ser estudados e discutidos no futuro. (CHINN; KRAEMER, 1995)

Entendemos que a Enfermagem, como uma disciplina prática possui formas próprias de conhecer e de construir sua base científica ao articular seu saber com a prática. Tornar o saber ou conhecimento de enfermagem atualizado e real para

atender necessidades dos indivíduos nos diversos contextos sociais é o compromisso e responsabilidade da enfermagem contemporânea. O caminho do conhecimento de enfermagem deve considerar a especificidade do seu saber fazer nos diversos contextos e momentos históricos em movimento constante de atualização e reatualização, resgatando o passado, refletindo o presente buscando os fundamentos para o futuro da profissão e da ciência-arte da Enfermagem.

O padrão de conhecimento empírico, expresso pelos trabalhadores de enfermagem deste estudo demonstra que este conhecimento apresenta-se fundamentado no saber-fazer prático, aprendido na experiência cotidiana do cuidado de enfermagem, o que podemos comprovar através dos depoimentos a seguir:

As Irmãs supervisionavam as atividades da enfermagem. A gente aprendia na prática, era tudo verbal, não tinham livros. (COSTA, 2008)

As Irmãs escolhiam para trabalhar na enfermagem, as moças mais cuidadas, mais apresentadas, as que demonstravam mais habilidade, saber ler e serem mais espertas, pois era uma responsabilidade muito grande e nem todas tinham a mesma habilidade de aprender as vezes era um pouco difícil. (...) Quando começavam a trabalhar os funcionários no Hospital, todos chegavam sem curso. Os técnicos de laboratório eram treinados pelos bioquímicos, o que as irmãs que queriam era habilidade, saber da família se estavam dispostas a trabalhar, as irmãs iam nas famílias buscar, os funcionários chegavam e depois podiam fazer curso estudar e ou aprender na prática mesmo. (...) Em relação às rotinas e técnicas de enfermagem, não existiam livros, manuais. O que acontecia era que as Irmãs deixavam bilhetes ou recados, as irmãs passavam verbalmente, falavam e a gente marcava, elas orientavam(...) (VIEIRA, 2007)

A exigência das Irmãs para trabalhar ali no Hospital, era saber ler e escrever, querer trabalhar, atender bem os pacientes, boa higiene, boa aparência, ser de boa família, ser discreto, não comentar nada. As irmãs eram quem davam as orientações de como a gente devia se cuidar, faziam reuniões. (...) Não existiam livros para gente estudar. Elas davam as orientações verbais ou colavam algumas normas no mural. (LONGEN, 2008)

Quem chegava novo para trabalhar na enfermagem, quem ensinava as práticas de enfermagem, as técnicas, eram as irmãs ou também uma colega ensinava para a outra, auxiliava para praticar bem uma injeção.(...) Na época, eu nem tinha feito escola, depois que eu fui fazer curso, a gente aprendia na prática. A gente aprendeu tão bem que quando chegaram as enfermeiras, elas nos chamavam porque tínhamos muita prática. As irmãs estabeleciam o trabalho e os horários, não esperávamos a irmã mandar, a gente aprendia e se acostumava a fazer, tudo era verbal "a Irmã fazia tudo certinho e a gente olhava tudo certinho e depois a gente

continuava a fazer, assumíamos a responsabilidade de fazer as tarefas atender os pacientes , camas, medicação, nebulização, higiene...etc. Quando a Irmã adquiria confiança na gente, já deixava sozinho fazer as tarefas. Não existiam livros de enfermagem para aprender a fazer as atividades de enfermagem. Os cursos de enfermagem aconteceram mais com a Fundação. Antes tinha algumas palestra e curso de relações humanas,ou doenças transmissíveis ministrados pelos médicos. (SILVA, 2008)

Não existiam livros para estudar enfermagem, só prática e amor. A gente se dedicava muito. (...) Tudo era feito na prática, sem muito conhecimento. Se fazíamos uma injeção a um paciente com doença infecciosa, depois só colocávamos a agulha e a seringa de molho em uma bacia com lisofórmio, e alguns minutos depois já estava usando em outro doente sem ter certeza, se estava esterilizada ou não.(...). (VISINTAINER, 2007)

O treinamento dos funcionários era feito por eles mesmos. Um funcionário ensinava o que sabia ao outro. Alguns quando entravam no HNR, já sabiam como cuidar dos doentes, pois tinham aprendido em outro hospital (...) Em 1944, fui para o Hospital de Caridade, lá aprendi a dar os remédios e a cuidar da limpeza dos doentes que chegavam.{..}Não fiz nenhum curso de enfermagem. Eu aprendi foi no dia-a-dia com as irmãs mais experientes. (...) Não existia escola de enfermagem, a gente aprendia na prática com as irmãs que sabiam . (...) Em 1959, voltei para Florianópolis para trabalhar no Hospital Nereu Ramos. Lá eu comecei a cuidar da ala dos doentes com tuberculose. Também passei a cuidar da ordem, fazer injeção, a dar medicamentos, ajudava no refeitório que pertencia aos doentes. Às vezes entrava no meio dos funcionários para cuidar dos doentes. (WESTRUP, 2001)

Os depoimentos dos trabalhadores retratam o contexto da Enfermagem em Florianópolis, neste período histórico, enquanto em outros estados do país, já existiam escolas de enfermagem de formação de enfermeiras e auxiliares, aqui a Enfermagem desenvolvida nos hospitais estavam nas mãos de religiosas, refletindo um fazer de enfermagem ainda pré profissional, como uma atividade de conotação feminina e artesanal/doméstica, era uma atividade manual, aprendida na prática e desenvolvida pela experiência prática.

O aprendizado das atividades de enfermagem neste período histórico (1940-1960) no Hospital Nereu Ramos, acontecia de maneira informal. Era um fazer imitativo e repetitivo. A habilidade era adquirida pela experiência cotidiana do cuidar, calcada em um saber compartilhado entre os trabalhadores mais treinados e menos treinados pelas Irmãs da Divina Providência, influenciado pelo modelo médico e

subordinado a este. Na maioria das vezes a prática de cuidar caminhava junto ao saber médico, às novas tecnologias e terapêuticas utilizadas no dia do cuidado dos pacientes com tuberculose.

Os depoimentos também expressam a realidade da enfermagem em Florianópolis, uma Enfermagem pré-profissional ou laica, a qual era desenvolvida nos Hospitais da cidade pelas mãos de religiosas. Esta realidade também, encontramos nos estudos de Borenstein (2000) e Koerich (2008) referentes a este período histórico, as quais referem que, tanto no Hospital de Caridade quanto no Hospital Colônia Santana, os trabalhadores de enfermagem apresentavam pouco preparo técnico-científico, ou nenhum preparo. Eram admitidos como mão de obra pouco qualificada para cuidar dos doentes, o treinamento dava-se na prática do trabalho.

Também encontramos esta realidade da prática da enfermagem no estudo de Kirschbaum (1997), a qual realizou uma análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, nas décadas de 20 a 50, constatando que as práticas de enfermagem no cuidado ao doente mental eram realizadas por trabalhadores sem preparo formal e sua qualificação ou treinamento acontecia no interior do próprio processo de trabalho, em que o aprendizado dava – se por assimilação de normas e formas de abordar o paciente que eram transmitidas oralmente no cotidiano do processo de trabalho pelos diferentes agentes que atuavam no espaço asilar (trabalhadores de enfermagem ou psiquiatras).

Em Florianópolis nos hospitais não existiam livros ou manuais de enfermagem. O aprendizado do cuidado dos doentes era a partir do saber médico, através de palestras, cursos reforçando desta forma um saber médico, um saber clínico e seu poder saber. Para Pires (1989), a enfermagem enquanto profissão, surge para atender às necessidades de saneamento do meio ambiente, em um projeto sanitaria para o país, complementando o trabalho médico, já estruturado e dominante no setor; no entanto, a estruturação da enfermagem, sob bases próprias, só foi possível por ter surgido dentro do aparelho do Estado, e por não causar qualquer ameaça à hegemonia médica do setor.

De acordo com Lucena e Barreira (2008) a primeira fase de uma construção do saber da enfermagem, foi a fase em que predominou uma preocupação com as técnicas de enfermagem, inicia-se em 1933, quando foi publicado o primeiro manual de técnicas no país, “Técnicas de Enfermagem”, de Zaira Cintra Vidal, e termina em

1979 com a publicação do livro “Processo de Enfermagem” , de autoria da Doutora Wanda Aguiar Horta. As autoras salientam que no período (1933-1963) foram produzidos 8 livros, sendo 7 manuais de enfermagem escritos por enfermeiras brasileiras e 1 livro de metodologia da assistência, traduzido e adaptado. Entre os manuais merecem destaque, neste período, as publicações de Elvira Felice Souza, enfermeira diplomada pela então Escola de Enfermagem Ana Néri: “Administração de Medicamentos e Preparo de Soluções”, de 1955, que obteve três reedições (1959; 1963; 1977), tendo sua terceira edição reimpressa duas vezes (1985; 1988), e Manual de Técnica de Enfermagem, com seis reedições (1959; 1962; 1966; 1972; 1976) e 27 reimpressões de sua 6ª edição (nomeada “Novo Manual de Enfermagem”), sendo a última realizada em 1995. O livro de metodologia da assistência de enfermagem é obra da enfermeira norte-americana Virginia Henderson, “Princípios Básicos de Enfermagem” (1962). Esta obra, publicada em 1961, pelo Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), em várias línguas foi traduzido para o português pela ABen e publicado no ano seguinte no Brasil quando aqui havia uma marcada preocupação com o “como fazer” . A segunda fase em que predomina a preocupação com os princípios científicos, se inicia no Brasil com a publicação em 1964, do tratado “Conhecimentos Básicos de Enfermagem” de autoria de Antonieta Chiarello e Maria Perales Ayres, estendendo-se até 1973, uma vez que no ano seguinte se inicia a publicação de livros sobre a metodologia da assistência de enfermagem. Neste período (1963-1973) foram publicados 6 livros, sendo 4 manuais de técnica escritos por enfermeiras brasileiras e 2 tratados, sendo um deles traduzido e adaptado de autora norte-americana. As autoras concluem que o período de 1933 a 1963 caracterizou-se por uma transição da ênfase na execução padronizada de técnicas por uma preocupação maior com os princípios científicos envolvidos nas técnicas e com a busca da cientificidade na enfermagem. Neste período, houve persistente preocupação com a execução das técnicas, marca distintiva da enfermeira diplomada até meados da segunda metade do século XX, foi demonstrada pela alta porcentagem de publicação de manuais de técnica em todo recorte temporal.

A realidade da assistência de enfermagem no Hospital Nereu Ramos (1940-1960), considerando o preparo para o cuidado dos trabalhadores de enfermagem, assemelhava-se ao referido no pensamento de Nightingale (1989), pois era baseado na observação e na experiência:

Costuma-se dizer que uma enfermeira que tenha cuidado de doentes durante dez ou quinze anos tem " muita experiência". Apenas a observação confere experiência, contudo, e uma pessoa que não sabe observar pode ter cinquenta ou sessenta anos de prática com doentes, sem com isso tornar-se mais sábia. (NIGHTINGALE, 1989, p. 162)

Já no tempo de Nightingale, ela considerava a enfermagem como uma arte e uma ciência, a qual requeria uma educação formal, organizada e científica. A arte da enfermagem nightingeliana consiste no cuidar tanto dos seres humanos sadios como doentes, ação esta desenvolvida com base em conhecimentos administrativos. Para tanto, esta ação requer do profissional da enfermagem, além do conhecimento formal e científico, vocação, elevado padrão moral e de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo. (SILVA, p. 48).

Por outro lado, Nightingale foi enfática ao considerar o conhecimento e as ações de enfermagem como diferentes do conhecimento e das ações da medicina. (NIGHTINGALE, 1898, p.146)

(...) Assim é com a medicina; a função de um órgão acha-se impedida; tanto quanto sabemos, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução, nada mais além disso, e o que a enfermagem tem de fazer é manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele. (..) (NIGHTINGALE, 1989, p. 146).

A visão de Nightingale da enfermagem vai além das práticas de cura. Entende que o cuidado de enfermagem deve abarcar uma conexão do indivíduo doente com as forças da natureza, para que possa ativar seu poder vital. Esta prática de cuidado seguindo os princípios de Nightingale, era seguida, no Hospital Nereu Ramos, no cuidado dos pacientes acometidos pela tuberculose, o ar puro, o sol, a tranquilidade, o repouso e a alimentação saudável eram os elementos essenciais do tratamento considerado higieno-dietético, tão preconizado à época para tratamento e cura desta doença.

Para Almeida e Rocha (1986, p. 122) os saberes e as práticas de enfermagem não são o produto somente do cientificismo técnico e o produto da enfermagem tomada isoladamente. O seu saber é histórico e assim sendo,

contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas.

Para estes autores, é o ensino formal de enfermagem que legitima e reproduz o seu saber, cristalizando a divisão social e técnica do trabalho e favorecendo a crise de identidade dos vários agentes da enfermagem. Portanto, cabe às escolas uma revisão crítica dos seus currículos e marcos conceituais para que estes sejam aderentes à realidade histórica da enfermagem brasileira. (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p.121)

Na atualidade, o trabalho de enfermagem, no Brasil, pode ser caracterizado, genericamente, como a modalidade funcional, ou seja, é todo dividido em tarefas e procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos os instrumentos de trabalho dominantes.

Stevens apud Almeida e Rocha (1986, p.109) afirma que a fonte de enfermagem deve ser algum mundo idealmente construído da prática de enfermagem, como este deveria ser se fosse feito corretamente (...). É um mundo construído mentalmente mais que o mundo real da prática de enfermagem (...) A disciplina de enfermagem usualmente está localizada num construto mental de “deve ser” e, não no que “é”. As autoras colocam que a compreensão da enfermagem como um construto de “deve ser”, e como tal, expressando a corrente filosófica idealista, é dominante no entendimento da prática de enfermagem e a norma desempenha aí papel preponderante. O discurso da enfermagem é normativo sempre na direção do ideal, do “deve ser”, e assim as questões ético-filosóficas são altamente valorizadas e o concreto real com suas contradições é escamoteado.

Almeida e Rocha (1986, p. 86) afirmam que com a delegação do treinamento do pessoal auxiliar para a escola (o que se deu na década de 50), esta atividade exercida, até então, pela enfermeira no próprio serviço, a sua autoridade é mais enfraquecida, não podendo utilizar-se amplamente do saber e do ensino como instrumento de dominação do pessoal auxiliar.

Em 1949, o ensino de enfermagem é disciplinado através da Lei n. 775/49, que restabelecia reconhecimento das escolas pelo Ministério da Educação e não mais equiparação à Escola Ana Néri; com duração do secundário completo como requisito de admissão, embora concedendo um período de carência de sete anos prazo este de 1962. O ensino de enfermeiras no Brasil de 1949 a 1961, era de nível médio, em sua maioria. Na década de 40, em função da carência de enfermeiras

formadas, foi considerada de emergência a criação de cursos regulares que pudessem preparar pessoal em larga escala para a assistência direta aos internados em hospitais. (CARVALHO, 1976, p. 188)

Ao refletirmos o padrão de conhecimento empírico desenvolvido no cuidado dos pacientes acometidos de tuberculose, no período do estudo, nosso olhar ao considerar o saber, não pode restringir-se as bases formais da ciência de fundamentos positivistas, mas em autores que entendem o saber do cuidado, como um saber construído na prática, ou seja, o conhecimento experiencial como visualizado por Benner (1984), que investiga o conhecimento desenvolvido na prática clínica de enfermagem, aplicando o modelo de aquisição de habilidade desenvolvido por Dreyfus e Dreyfus. O indivíduo em seu processo de aprender a cuidar, passa por cinco níveis de habilidade: noviça, iniciante avançado, competente, proficiente, expert. Os níveis refletem mudanças na forma de desempenho de habilidades e no uso de experiências passadas do ponto de vista pessoal e da clínica.

Na atualidade, o movimento na educação de enfermagem, chamado revolução curricular fundamenta-se em bases fenomenológicas e feministas. Estas bases valorizam a experiência, o diálogo, o encontro, a busca de uma prática emancipatória e crítica em todas as situações de enfermagem. Autoras como Boykin e Schoenhofer (1983), Watson (1985), Paterson e Zderad (1988), Parse (1981) e muitas outras que visualizam a prática do cuidado como uma experiência vivida entre cuidador e ser cuidado. Desta forma, a ciência da enfermagem encontra abertura para construir seu saber-conhecimento ancorado em situações da realidade da prática, usa múltiplas abordagens e abre seu caleidoscópio para construir um saber de enfermagem mais humano e sensível.

O saber expresso através dos princípios científicos na enfermagem, desenvolve-se na década de 50, quando as técnicas médicas também se desenvolvem e, quando há, no caso brasileiro, a criação de hospital-escola para servirem de campo de ensino ao pessoal de saúde. Inicia-se o crescimento da indústria hospitalar e farmacêutica, que força o consumo desta tecnologia no campo hospitalar e direciona também os agentes da saúde para a produção de tecnologias para o manuseio e consumo destes materiais, criando também novas necessidades. É nesta mesma década que o ensino formal dos auxiliares de enfermagem se incrementa e estes passam também, em nível um pouco menor de complexidade, a

dominar este saber, pois terão que prestar o cuidado de enfermagem para possibilitar às enfermeiras a ocupação dos cargos de direção e o controle social do pessoal auxiliar.

O conhecimento de enfermagem revelado através dos depoimentos dos trabalhadores entrevistados, permitem-nos dizer que, neste período histórico o fazer da enfermagem, apresentava-se em um situação pré profissional, ou seja, seus exercentes não tinham uma educação formal para o exercício da profissão de enfermagem. Mas considerando os atuais paradigmas da ciência concluímos que estes trabalhadores possuíam um saber-conhecimento científico construído na prática do cuidar através de relacionamentos e de um fazer clínico-médico. O fazer da enfermagem era subordinado ao saber da medicina e necessário para dar suporte as demandas técnicas... do fazer médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

(Re) iluminando o cuidado de enfermagem em Tuberculose no Hospital Nereu Ramos (1940-1960) - Novas Luzes, Novos Tempos, Novos Horizontes, Uma Nova Ordem...

A proposta de realização desta Tese de Doutorado objetivou buscar um novo olhar sobre as práticas de cuidado e o cuidado, realizados no Hospital Nereu Ramos nas décadas de 40 a 60, bem como compreender os padrões de conhecimento de enfermagem utilizados pelos trabalhadores de enfermagem na prática de cuidar dos pacientes acometidos pela tuberculose.

Esta viagem no tempo levou-me a compreender o contexto econômico, social, político, cultural e religioso da época e a problemática de saúde que preocupava as autoridades de saúde do país e de Santa Catarina. Um dos problemas de saúde era o crescimento da tuberculose na população, principalmente a população pobre e assalariada.

Neste período do estudo permeava no país a política do Governo Vargas, que tinha como política de saúde, o saneamento das cidades, dentro de uma linha higienista e eugenista, que propagava a construção de um novo país e um novo homem brasileiro. Estas políticas atendiam interesses do comércio internacional, de aumento de exportações e de mostrar que o Brasil não era um país de doentes. Era preciso divulgar o país e que as doenças estavam sob controle e sendo tratadas em hospitais ou clínicas e demonstrar ao mundo que o governo brasileiro tinha uma política de saúde ou sanitária com condições de superar tanto as barreiras de distância territorial, quanto de oferecer instituições de saúde modelos de qualidade.

Dentro desta perspectiva foram criados, no país os hospitais de exclusão. Na Grande Florianópolis, foram criados três destes hospitais. A criação do Hospital Nereu Ramos era para o tratamento de doenças infecto-contagiosas, no caso , atender o aumento de casos de pacientes acometidos por tuberculose, a qual se alastrava no Estado de Santa Catarina. Dos três Hospitais da Região da Grande Florianópolis foram construídos, com uma função de servir como um de local de cura e de um laboratório terapêutico. O Hospital Nereu Ramos foi um dos únicos que cumpriu a função de ser um local tanto como função terapêutica, de cura, de exclusão e reclusão social, conforme os objetivos da época da política higienista e

eugenista de Vargas, afastar da sociedade todos aqueles que colocariam em risco de doenças as populações saudáveis.

Podemos considerar o Hospital Nereu Ramos, modelo de hospital contemporâneo, como uma máquina e tecnologia de cura. Pois na época, o Estado implantou o tratamento para Tuberculose no Estado, onde até então, o tratamento era apenas higieno-dietético. Com a chegada de médicos tisiologistas, aqui destacamos a figura do Doutor Isaac Lobato, que com seu espírito pioneiro e idealista implantou serviços, como: Serviço de Radiodiagnósticos, de Broncoscopia, Banco de Sangue, Cirurgia Torácica e Cardíaca. Foi o primeiro Hospital do Estado a realizar uma cirurgia cardíaca, contando com a participação do Professor Doutor Zerbini de São Paulo. Outro destaque foi ter sido o primeiro hospital do Estado a ter em seu quadro, um anestesista. Nos outros hospitais da capital e do Estado, as anestésias realizadas ficavam a cargo de religiosas treinadas para a realização desta atividade.

O Hospital Nereu Ramos também contribuiu para a formação de novos médicos, como local de estágio para estudantes de medicina e com Residência Médica em Cardiologia e Tisiologia. Entendemos, desta forma, que o Hospital Nereu Ramos atendeu aos objetivos e políticas, pelas quais o fundaram, e até hoje continua sendo o anteparo social e de saúde em relação às doenças infectocontagiosas.

O Hospital Nereu Ramos acolheu e acolhe, em cada momento histórico, as doenças e os medos sociais que as doenças infectocontagiosas, despertam na sociedade. Também atendeu em termos de arquitetura, aos padrões de construção para hospitais, previstos para o atendimento de casos de tuberculose, ou seja, ser retirado da cidade, estar em um lugar alto, arborizado, com boa ventilação e insolação. Na época deste estudo, mostrava-se como o local ideal para a recuperação e cura dos acometidos pela tuberculose. Percebemos que hoje, com o crescimento da cidade, o Hospital perdeu muito de seu espaço físico, perdeu sua arborização de entorno, ou seja, o modelo de espaço de cura e tratamento foi invadido pelo avanço da cidade e pela omissão daqueles que deveriam zelar pelo espaço público.

Outro fato que destacamos em relação ao Hospital Nereu Ramos, que este demonstrou ser auto-sustentável em relação a provimento de alimentação para trabalhadores e pacientes, pois possuía horta, pomar, criação de galinhas e porcos.

O Hospital Nereu Ramos, se pensarmos em Foucault (2004), construiu sua história arqueológica do olhar, denominada com o nome de clínica, tornando visível o espaço terapêutico, ao fundar um saber na percepção, o olhar como produtor de saber e conhecimento. Este saber/conhecimento situava-se no olhar e na linguagem/comunicação. Neste período histórico, a medicina exercia um poder sobre os demais trabalhadores de enfermagem e religiosas (Irmãs da Divina Providência).

Nossa percepção é que para a época e o tipo de paciente a serem atendidos, no caso de tuberculose, necessitava ser implantada uma ordem, uma disciplina para cuidar - curar.

As Irmãs da Divina Providência que coordenavam a Enfermagem construíram uma lógica (maquinária) que, distribuindo espaços e olhares, produziu um sistema capaz de organizar os princípios de disciplina e vigilância, criando regras e normas que seriam incorporadas pelos trabalhadores de enfermagem e pelos pacientes, criando corpos dóceis e disciplinados.

Do ponto de vista de uma filosofia ou forma de ser cuidador, podemos pensar no poder disciplinar na época estudada, como desvelado em sua face produtiva. Havia um poder e um saber que circulava no cotidiano do cuidado de enfermagem. Que saber era? Qual o seu ideário? Quais as influências que as Irmãs receberam para desenvolver e coordenar o cuidado e a enfermagem desta forma? Seria o ideário religioso? Seria um modelo cultural de cuidado? Seria um cuidado construído a partir da experiência do cuidar das mulheres, no lar e na família? Seria um modelo de cuidar construído a partir de modelo médico-biologicista? Estas são questões que procuramos responder ao realizar este estudo.

As práticas de enfermagem desenvolvidas pelas Irmãs da Divina Providência e pelos trabalhadores de enfermagem, no Hospital Nereu Ramos, no período estudado, na maioria das vezes estavam relacionadas à clínica, ou seja, ao fazer médico, sendo por este disciplinadas, controladas e normatizadas. Muitas das técnicas e procedimentos que os trabalhadores de enfermagem realizavam eram complementares da prática médica. As Irmãs e os trabalhadores de enfermagem eram treinados para realizarem exames, como RX, como auxiliares de cirurgia e broncoscopia. A prática da enfermagem e do cuidado exercido pelos trabalhadores de enfermagem acompanharam o desenvolvimento das práticas e tecnologias médicas da época.

Acreditamos que as práticas de cuidado de enfermagem, seguiram uma evolução natural do conhecimento de enfermagem, as quais foram influenciadas pelo modelo religioso, permeado pelo poder disciplinar. Este era o modelo desenvolvido nos hospitais de Florianópolis na época. Era o melhor da época, apesar de já existirem no centro do país, escolas de enfermagem para formação de enfermeiras. Por outro lado, o tipo de doença e os pacientes precisavam ser controlados, disciplinados, tanto pelo poder de polícia do Estado, como pelo poder institucional representado pelo modelo clínico. Este modelo exigia internação como uma forma de proteção da sociedade. As Irmãs reproduziam junto aos trabalhadores e pacientes, o poder religioso e pastoral bem com a filosofia das políticas de saúde da época.

Como hoje podemos, levantar questões críticas, relacionadas ao fazer do cuidado da época em que poderes e saberes circulavam afinados a uma política governamental, que era de exclusão ou reclusão social dos pacientes acometidos por doenças infecciosas e estas deveriam ser submetidas às normas de um cuidado médico biologicista. Neste período, o poder e a presença do médico eram dominantes nos serviços de saúde, no pensamento dos que detinham o poder, os governantes. Este era o profissional mais importante para o funcionamento dos serviços de saúde. A presença da enfermagem era necessária, mas subordinada ao poder e saber médico. Por outro lado, a participação e atuação dos trabalhadores de enfermagem, do Hospital Nereu Ramos, construiu uma história de cuidado fundamentada em valores humanistas e religiosos.

Os trabalhadores de enfermagem, que cuidavam dos pacientes acometidos pela tuberculose, não tinham uma educação formal. Seu aprendizado se dava na prática do cuidado. Suas condições de vida e trabalho refletiam a realidade do país e da cidade de Florianópolis. Eram tempos difíceis do ponto de vista social e econômico. Florianópolis era uma cidade pobre, sem infra-estrutura pública, onde faltava saneamento básico, ruas calçadas, água tratada, o sistema de energia elétrica era precário, faltavam empregos, serviços de saúde para atender, principalmente a população pobre e assalariada.

O pouco desenvolvimento da cidade de Florianópolis não despertava a vinda de profissionais de saúde, formados nos grandes centros do país.

O cuidado de enfermagem era desenvolvido através de atividades técnicas ou tarefas. Estas enfatizavam o como fazer, refletiam as normas e as rotinas

veiculadas verbalmente pelas Irmãs aos trabalhadores. O processo de cuidar utilizava o máximo do tempo útil e a força de trabalho dos trabalhadores, em muitas horas trabalhadas e longas jornadas. Nesta época, os direitos do trabalhador, já assegurados em lei, não eram respeitados no cotidiano do trabalho destes trabalhadores. Muitos trabalhavam meses a fio de graça, em troca de alimentação e moradia, outros recebiam valores determinados pelas Irmãs. Não recebiam hora de trabalho noturno, insalubridade, horas extras, licença maternidade e muitos outros direitos. As trabalhadoras casadas que engravidavam, na maioria das vezes eram demitidas. Um dos dados deste estudo, que chama a atenção é que a maioria dos trabalhadores entrevistados tiveram sua aposentadoria não por tempo de serviço, mas por invalidez, ou até por tempo proporcional. O que leva a inferir que as situações de stress e sofrimento do trabalho, sofridas/acumuladas pelos trabalhadores na sua juventude, implicaram em problemas de saúde de cunho emocional e físico, como problemas de coluna entre outros.

Durante mais de duas décadas, a enfermagem exercida no Hospital Nereu Ramos foi desenvolvida de uma forma laica, sem uma educação formal. Na visão de alguns entrevistados do estudo, isto não os valorizava, não reconhecia seu valor como trabalhador.

O momento de ruptura, na prática da enfermagem e da enfermagem como profissão, no Hospital Nereu Ramos, deu-se em 1971, com a incorporação da administração do Hospital, pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), a qual exigiu, como requisito de admissão, o curso de auxiliar de enfermagem ou de enfermagem. Com esta exigência, ao fazer o enquadramento dos trabalhadores, a maioria deixou de ser considerado “auxiliares de enfermagem”, e passaram a ser “assistentes de serviços hospitalares, pegando-os de surpresa e com grandes perdas salariais e muito descontentamento. Por outro lado, com a Fundação Hospitalar, passaram a ter seus direitos trabalhistas regidos pela CLT, como férias, adicional noturno, horas extras, 13º salário, licença prêmio e um salário digno para aqueles que tinham passado pela educação formal de enfermagem. A Fundação deu uma nova perspectiva para os trabalhadores de enfermagem do Hospital Nereu Ramos. O mesmo deu-se, também, com a saída das Irmãs da Divina Providência da coordenação de enfermagem do hospital e chegada de uma enfermeira.

Compreendemos este momento de ruptura, como um marco inicial da construção da enfermagem profissional nos serviços de saúde de Florianópolis, e

mais especificamente no Hospital Nereu Ramos.

Ao buscarmos, neste estudo, um olhar sobre enfermagem do passado, no Hospital Nereu Ramos (1943-1960), conseguimos, através dos depoimentos dos trabalhadores entrevistados, retratar o contexto da Enfermagem em Florianópolis, sendo que o cuidado realizado na época refletia padrões de conhecimento de enfermagem, demonstrando, de forma positiva, a presença dos padrões ético, estético e empírico/experiência de Carper (1978), o padrão ecológico-ambiental e o padrão espiritual-metafísico de Maia (2007). O padrão de conhecimento pessoal de Carper (1978) refletia uma força/energia influenciada e moldada pelo modelo religioso, que coordenava a assistência de enfermagem no Hospital. Por outro lado o padrão de conhecimento Sócio-Político proposto por White (1993) apresentava-se em sua face negativa, como uma alienação dos trabalhadores quanto aos seus direitos e aos dos pacientes, da enfermagem enquanto profissão, das políticas públicas relacionadas à assistência à tuberculose no país e no Estado de Santa Catarina. Nesta época, não havia nenhuma associação de trabalhadores ou grêmio, era tudo na base da amizade ou solidariedade. O despertar para a emancipação dos trabalhadores com relação a seus direitos no trabalho também, deu-se com a chegada da Fundação Hospitalar, sendo que neste momento criada a Comissão Interna de Prevenção de Acidente (CIPA), como uma exigência da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Aí ainda aconteceram muitos afastamentos por acidentes, tanto durante o trabalho no hospital como no trajeto ao serviço, mas não houve ainda aposentadorias por invalidez ou doenças profissionais. Estas ocorreram mais na década de 80 e 90.

O padrão de conhecimento ético, revelado pelos trabalhadores de enfermagem deste estudo, expressa que a prática do cuidado no Hospital Nereu Ramos, neste período histórico, estava alicerçada em valores humanos e de religiosidade cristã, em que o dever, a abnegação, a obediência e a moral da época orientavam as atitudes e as ações dos trabalhadores. Esta era permeada por uma ética da responsabilidade e de uma ética feminina de cuidar, pautada pelo diálogo, o encontro, a presença e a solidariedade ativa em todas as situações de cuidado.

O padrão de conhecimento estético, revelado pelos trabalhadores deste estudo, expresso como um momento artístico do cuidado, como um momento de encontro, um momento de criação. Pois estes, ao realizarem o cuidado de enfermagem encontravam a expressão estética, a beleza do cuidar e seus

significados, momento este de arte e humanidade. Apesar de, os trabalhadores não terem recebido uma educação formal para o cuidado, acredito que uma ética tenha sido perpassada pelo modelo religioso e pelo poder disciplinar exercido pelas Irmãs da Divina Providência que coordenavam as atividades de enfermagem.

O padrão de conhecimento empírico, revelado pelos trabalhadores de enfermagem entrevistados permitem-nos dizer que, neste período histórico, o fazer/prática da enfermagem, no Hospital Nereu Ramos, apresentava-se em uma situação pré-profissional, ou seja seus trabalhadores não tinham uma educação formal para o exercício da profissão de enfermagem. Mas, considerando os atuais paradigmas da ciência concluímos que estes trabalhadores possuíam um saber – conhecimento científico construído na prática do cuidar através de relacionamentos e de um fazer clínico-médico. O saber-fazer da enfermagem era construído na experiência vivida de cuidar dos trabalhadores.

Os padrões de conhecimento de enfermagem, desenvolvidos pelos trabalhadores de enfermagem aos pacientes acometidos pela tuberculose, mostram-se configurados no paradigma particular determinista e tangenciando o paradigma interativo/integrativo proposto por Newman e colaboradores (1995), também encontramos, nas práticas de cuidado, situações que lançavam modos de cuidar que direcionam ao modelo reatualizado de Florence Nightingale – Modelo Caritas, de Watson (2005).

Consideramos que os padrões de conhecimento de enfermagem podem ser visualizados como uma possibilidade de caminhos para encontrar os significados, às intenções da consciência do ser e do fazer da prática de enfermagem. Para tanto, faz-se importante realizar estudos sobre o cuidado, em uma perspectiva que contemple todos os conhecimentos-padrões que constituíram e constituem o cuidado nos diversos momentos históricos, levando em consideração seus avanços e retrocessos na maneira de conceber ou realizar o cuidado na prática, como também refletirmos a perda, através do tempo, das bases históricas que o reconheceram como parte de uma disciplina profissional, no caso, a enfermagem.

É urgente que nós, enfermeiros acolhamos na prática do cuidado, todos os padrões de conhecimento, em uma perspectiva de totalidade e transformação, aceitando as múltiplas abordagens de cuidado/reconstituição, como condição para o surgimento de uma nova enfermagem e uma profissão conectada com o seu tempo e com as necessidades de saúde da população.

O presente estudo demonstrou sua importância e contribuição para a construção do conhecimento da enfermagem, pois resgatou a historicidade da enfermagem do Hospital Nereu Ramos (1943-1960), na sua identidade como profissão de cuidado, nas práticas de cuidado, nos modos de organização, desvelando as relações e inter-relações de poder –saber entre os trabalhadores de enfermagem e outros profissionais, bem como as forças e resistências ao poder. Também, trouxe à tona os jogos e as verdades, na constituição dos sujeitos trabalhadores e pacientes, nas suas experiências diante do poder institucional.

Este estudo possibilita contribuir para a educação de enfermagem, na perspectiva histórica, trazendo luzes, consciência/saber/poder para a enfermagem do passado. Demonstra que, as verdades e os jogos de verdade que circulavam na enfermagem da época, estavam incorporados pelo discurso oficial e institucional e reafirmados pelos profissionais de saúde que detinham o poder hegemônico nesta área. Este olhar no passado das práticas de cuidado de enfermagem no Hospital Nereu Ramos, permite-nos considerar que devemos continuar e aceitar a evolução científica e tecnológica, mas buscando resgatar a todo momento, a maneira ética e estética de cuidar, a qual era baseada em valores humanísticos e cristãos e não perdermos de vista o fio da história do que significa o ser humano e a humanidade no cuidar de enfermagem. Este olhar no passado, na maneira com que a enfermagem era praticada e cuidava, que era exemplar em sua humanidade, deve ser um modelo para os profissionais de saúde/cuidadores do presente resgatarem o humano nas relações de cuidado, nas instituições hospitalares ou nos diversos espaços onde se desenvolve o cuidado. Neste momento, atrevo-me a dizer que, na enfermagem e no cuidado do passado havia pouco de tecnologia, mas expressava muito de qualidade e humanidade no atendimento à população. Isto sinaliza uma possibilidade para que no futuro, possamos estabelecer um modo de cuidar firmado no encontro, no diálogo vivo, na amorosidade e na solicitude, unindo a ciência, a arte, a tecnologia e a humanidade no cuidado à saúde. .

Em síntese, não consideramos este estudo uma obra acabada, mas o produto de um olhar que pode levar a novas perguntas, novos estudos, a busca de um novo olhar, uma nova luz para iluminar o cuidado de enfermagem no Hospital Nereu Ramos. Podemos considerar ao concluir este estudo, como uma aventura ao desconhecido, uma tentativa ainda inicial...

Ao rememorar a minha caminhada na realização desta Tese de Doutorado,

percebi que ela, em muitos momentos levou-me a caminhar em passos rápidos; outros momentos em passos lentos; o que me impulsionou ou levou a uma busca pessoal e profissional, de buscar o sentido de minhas decisões e escolhas. Ao me aventurar desenvolver o estudo na linha da pesquisa histórica, não imaginava o quanto esta exigiria tendo em vista as dificuldades inerentes ao próprio método e ao encontro das fontes orais e documentais da época. Enfim, acredito que consegui vencer os obstáculos iniciais e concluir esta Tese, onde encontrei forças de superação e confiança, ao acreditar na existência de um amor divino que nos ama incondicionalmente e que tem o nosso caminho traçado. Esta força e luz foi o que, me fez chegar até aqui..

Muito obrigado...

"No mistério do Sem-Fim,
equilibra-se um planeta.
E, no planeta, um jardim,
e, no jardim, um canteiro:
no canteiro, urna violeta,
e, sobre ela, o dia inteiro,
entre o planeta e o Sem-Fim,
a asa de urna borboleta."

(Cecília Meirelles)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

ALBUQUERQUE, J. A. G. **As metáforas da desordem**. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1978.

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. 1963. Tese (Cátedra) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1963.

ALMEIDA FILHO, A. J., BATISTA, S.; LOPES, T. G. Fac-simile. **Esc. Anna Néry.Rev. Esc. Enferm**, v. 10, n. 1, p. 15-17, abr. 2006.

ALMEIDA, M. C. P. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1984.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

AMADO, J. A. Culpa nossa de cada dia. In: PERELMUTE, D.; ANTONACCI, M. A. (Orgs.) **Ética e história oral**. São Paulo: EDUC, 1997.

ANDRADE, Cássio. Florianópolis, 29 nov. 2007. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital - Instituição e História Social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ARENDT, H. **Condição Humana**. São Paulo: Forense Universitária, 2001.

ASSMAN, H. M. O.; SUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BARREIRA, I. A. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculoso**. Rio de Janeiro: EEAN, 1993. 355p.

_____. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 7, n.3, p. 87-93, jul. 1999.

BARROS, J. A. **O campo da história**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **O projeto de pesquisa em história: da escolha do tema ao quadro teórico**. Petrópolis: Vozes, 2005.

BATISTA, S. S.; BARREIRA, I. A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev. Bras. Enf.**, v. 59, n. esp, p. 411-6, 2006.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRENS, J. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELATO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: Noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 17-24, jan/mar.2005.

BENCHIMOL, J. L. **Manguinhos do sonho à vida**: a ciência na Belle époque. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BENNER, P. **From Novice to expert**: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park. Califórnia: Addison-Wesley, 1984

BERTOLI, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso, 1990-1980**. 1993. Tese (Doutorado em História Social) Programa de Pós Graduação em História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Pe. Bertier, 1998.

_____. **Solidariedade no cuidado**. Dimensão e Sentido da Vida. Florianópolis. UFSC/PEN, 2002.

BISHOP, A. H.; SCUDDER, J. R. **Nursing**: a practice of caring. Nova Iorque: National League for nursing Press, 1991.

BOBROFF, M.C.C. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivo no aluno de enfermagem**: construção de instrumentos. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BOFF, L. **Ética eco-espiritualidade**. Campinas: Vozes, 2003.

_____. **Saber cuidar**: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORENSTEIN, M. S. **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas. Florianópolis: Assembléia Legislativa, 2004.

_____. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. O uso da história oral como uma possibilidade de construir a história da enfermagem. In: _____. (Org.). **Hospitais da grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas (1940-1960). Florianópolis: Assembléia Legislativa de SC, 2004. p. 27-36.

BORENSTEIN, M. S.; ALTHOFF, C. R.; SOUZA, M. L. **Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos e memórias. 1969-1999.** Florianópolis. Insular, 1999.

BORENSTEIN, M. S.; RIBEIRO, A. A.; PADILHA, M, I. Hospital Nereu Ramos: berço das doenças infecto-contagiosas em Santa Catarina- as condições de trabalho da Enfermagem de 1940- 1960. **Revista de Enfermagem Escola Anna Néri**, v. 08, n. 1, p. 21-8, 2004.

BORENSTEIN, M., LIZ, T. G.; FEUERSCHUETTE, K. **O tratamento da tuberculose no Hospital Nereu Ramos – 1943 a 1960.** Florianópolis, 2001. Trabalho não publicado.

BORENSTEIN, M.; PADILHA, M.I.C. de S. Porque conhecer a história da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4. n. esp, p. 14-18, 1995.

BORENSTEIN, M. S.; ALTOFF, C. R. Pesquisando o passado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.48, n.2, p.144-149, abr./jun. 1995.

BOTTORFF, J. L. Nursing a practical science of caring. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 14, n. 2, p. 26-39, 1991.

BOYKIN, A. A Enfermagem como conforto: o artístico no cuidado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.7, n.2, p.36-51, mai/ago.1998.

BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. **Nursing as caring: a model for transforming practice.** Nova Iorque: : NLN Press, 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/Resolu%E7%E3o_196_96.pdf> Acesso em: 05 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Epidemiológica e Operacional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Curitiba, 2005.

BURKE, P. **A escrita da história.** São Paulo: UNESP, 2001.

_____. **A Escola dos Annales (1929 -1980); A Revolução Francesa da Historiografia.** Tradução Nilo Odalia. São Paulo: UNESP, 1997.

BUZZI, A. Introdução ao pensar: o ser, o conhecimento, a linguagem. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

CAMPOS, C. M. **Santa Catarina 1930: da degenerência à regeneração.** Florianópolis: UFSC, 2008. 264 p.

CANASSA, N. A.S. **Memórias de parteiras: a formação, os saberes e as relações de poder estabelecidas na Maternidade Carmela Dutra de 1968 a 1994.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CAPISTRANO, Jamile. Florianópolis, 20 jan. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

CAPONI, S. Da compaixão à solidariedade. **Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 1999.

CARPER, B. A. Fundamental patterns of Knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, v. 1, p. 13-23, 1978.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem (1926 – 1976) – Documentário**. Brasília: Folha Carioca Ed, 1978.

CEAG/SC. Evolução Histórico – Econômica de Santa Catarina: estudos das alterações estruturais (século XVIII a 1960) Florianópolis: CEAG(Centro de Assistência Gerencial de Santa Catarina, 1980)

CECCIM, R. B. A ciência e a arte de um saber –fazer em saúde. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artemed, 1998. p. 87-102.

CESTARI, M. E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações para o ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 34-42, abr. 2003.

_____. **O ensino da enfermagem: construindo uma relação como saber**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CEZAR-VAZ, M. R. **Conceitos e práticas de saúde adequação no trabalho de controle da tuberculose**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996..

_____. **Conceitos e práticas de saúde adequação no trabalho de controle da tuberculose**. Florianópolis: UFPEL, 1996.

CHARDIN, T. **O fenômeno humano**. São Paulo: Cultrix, 2004.

CHILDE, G. **A evolução cultural do Homem**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

CHINN, P. L. .Art and esthetics in nursing . **Adv. Nurs. Sci.**, v.17, n.1, p.1, jun. 1994.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. Nursing's patterns of knowing. In: _____. **Theory and nursing: a systematic approach**. Missouri: Mosby, 1995. p.1-18.

_____. Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. **Schol. Inq. Nurs Pract.**, v. 2, n.2, p. 129-139, 1988.

COELHO, A. R. **O urbano e o sanitário na globalização** – estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis – SC. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

COELHO, C. P. **A Escola de Enfermagem Anna Néri: Sua História – Nossas Memórias**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997.

COLLIÉRE, M, F. Invisible care and invisible women as health care-providers. **Intern. Jour. Nursing Studies**, v. 23, n.2, p. 95-112, jul./set., 1986.

_____. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

_____. **Soigner...Le premier art la vie**. 2. ed. Paris: Masson, 2001. Traduzido para uso Maria Emília de Oliveira

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (RJ). Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

CORBELLINI, V. L. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo de submissão teórica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 2, p. 172-7, mar-abr. 2007.

COSTA, A. L. R. C. **Cuidado como trabalho de enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

COSTA, Ana. Florianópolis, 21 jun. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

D'ANTONIO, P. Revisiting and Rethinking the Rewriting of Nursing History. **Bulletin of History of the Medicine**, v. 73, n. 2, p. 208-290, 1999.

DELGADO, L. A. N. **História oral: memória, tempo, identidades**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DOSSEY, J. **Recovering the soul: a scientific and spiritual seach**. New York: Bantam Books, 1989.

DUARTE, Danilo. Florianópolis, 21 out. 1997. Entrevista concedida a Miriam Suskind Borenstein. Texto nos Arquivos do GEHCES/PEN/UFSC.

DURANT, W. **The story of civilization part**. Our oriental Heritage. Nova Iorque: Simon & Schuster, 1954.

EDWARDS, S. Nursing Knowledge: defining new boundaries. **Nursing Standards**, v. 17, n. 2, p. 40-44.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.7, n.2, p.52-69,

mai/ago, 1998.

_____. **Sistemas de cuidados de enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1996.

FARIA, L. **Saúde e política** : a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FERNANDES, T. M. D. et al. **Memória da tuberculose** - Acervo Depoimentos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1993.

FERRARI, M. C. **Vila Palmira**: prostituição e memória na grande Florianópolis nas décadas de 1960 a 1980. 2008. Dissertação (Mestrado em História) Programa de Pós Graduação História, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V**: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **O nascimento da clínica.** Tradução de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **O que é um autor?** 3. ed. Lisboa: Veja Passagens, 1984.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. **Vigiar e punir** - Nascimento da prisão. Tradução de Lígia M. Pondé Vassalo. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

_____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Grall, 1985.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault** - uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FREITAS, K. S. S. **O cuidado no processo de ser e de viver de educandas de enfermagem.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FRY, T. S. The philosophical foundation of caring. In: LEININGER, M. M. **Ethical and moral dimensions of care.** Detroit: Wayne State University Press, 1990. p. 13-24.

FUCK, I. C. **100 anos de História -1985-1995: Congregação das Irmãs da Divina Providência**. Florianópolis: EDEME, 1995.

GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1995.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: cidadania na saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GAUT, D.A.; LEININGER, M.M. **Caring: the compassionate healer**. Nova Iorque: National League for Nursing, 1991.

GELAIN, I. A ética na Enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, v. 4, n. 2, p 9-17, jul/dez. 1995.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1984.

_____. **A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GILLIGAN, C. **In a different voice psychological theory and women's development**. Massachusetts: Harvard University Press, 1993.

GOFFMANN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, Cid. Florianópolis, 16 mai. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

GRIFFIN, A. P. A philosophical analysis of caring in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.8, p. 288-295, 1983.

GUEDES, J. A. D. **Memórias de profissionais de enfermagem do Hospital Nereu Ramos em tempos de AIDS (1986-1996)**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BORGHI, A. C.S.; LENARDT, M. H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, v. 15, n. esp., p. 114-124, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HIJJAR, M. A. **Aspectos do controle da tuberculose numa população favelada – Favela do Escondinho, Rio de Janeiro**. 1985. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) Programa de Pós graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1985.

HOCHMAN, G.; ALVES, F. P.; LIMA, N. T. A História dos trabalhadores da saúde

como política pública. Editorial. **Revista Ciênc. e Saúde Coletiva**, p. 816, 2008.

_____. I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública no Estado Novo. In: CASTRO GOMES, A. (Org). **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.173-193.

ISMAEL, J. C. **Sócrates e a arte de viver: um guia para a filosofia no cotidiano**. São Paulo: Agora, 2004.

JACOBS-KRAMER; CHINN, P. Perspectives on Knowing a model of nursing Knowledge. **Schol Inq Nurs Pract**, v. 2, n. 2, p.129-139, 1988.

JAMIESON, E. M.; SEWAL, M. F.; SUHRIE, E. B. **Historia de la enfermeria**. 6. ed. Mexico: Interamericana, 1968.

JOHNSON, D. State of the art of theory development in nursing. In: _____. **Theory development: What? Why? How?** New York: National League of Nursing, 1978.

JOHNSON, J. I. A dialectical examination of nursing art. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 17, n. 1, p. 1, 1-14, jun. 1994.

JORNAL A GAZETA. Florianópolis, 06 de janeiro de 1943. p. 01.

_____. Florianópolis, 10 de janeiro de 1943. p. 01.

JORNAL DIÁRIO DA TARDE. Florianópolis, 06 de janeiro de 1943. p. 01.

KIRSCHBAUM, D. I. R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil dos anos 20 a 50**. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Mental) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

KLETEMBERG, D. F. et al. A Produção da Pesquisa Histórica vinculada a Programas de Posgraduação Stricto Senso no Brasil. 1972-2004. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v. 16, p. 671-679, 2008.

KOERICH, A. M. E. **Hospital Colônia Santana: Reminiscências dos Trabalhadores de Enfermagem (1951-1971)**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

KRUZE, M. H. L. A enfermagem moderna: a ordem do cuidado. **Rev. Bras. Enfer.**, v. 59, n. esp., p. 403-10, 2006.

_____. **Os poderes dos corpos frios** - das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília (DF): ABEN, 2004.

KURSCINSKI, Waldir. Florianópolis, 10 mai. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, S. K. Padrões de conhecimento de enfermagem e sua interfase ao atendimento domiciliar à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006.

LE GOFF, J. **A história nova**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **História e memória**. Tradução Bernardo Leitão. 5. ed. São Campinas: UNICAMP, 2003.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. Nova Iorque: National League for Nursing, 1991

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York: John Wiley & Sons; 1978

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1994.

LEWIS, J. **O homem e a evolução**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

LOBATO, Isaac. Florianópolis, 10 dez. 2007. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

LONGEN, Terezinha. Florianópolis, 10 fev. 2008. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

LOPES, M. J. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos; a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.79-108.

LOPES, R. Patrimônio histórico da saúde agoniza. **Grupo Institucional de Comunicação e Educação em Saúde de Santa Catarina**. Florianópolis, 2004.

LOYOLA, M. C. **O risco e o bordado: um estudo sobre a formação da identidade profissional**. Rio de Janeiro: EEA/UFRJ, 1996.

LUCENA, I. C. P.; BARREIRA, I. A. Manuais de Técnica, Tratados de Metodologia da assistência de enfermagem: Panorama Brasileiro anos 30/70. **PESQUISANDO EM ENFERMAGEM**, 15. **Anais...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

LUNARDI, V. L. A sanção normalizadora e o exame, fios visíveis e invisíveis na docilização de corpo dos enfermeiros. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

_____. **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas: UFPEI, 1998. 74p.

_____. **Ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem.** Pelotas: UFPEI, 1999.

MADRID, M.; BARRET, E. A. M. (Eds). **Roger's Scientific art of nursing practice.** New York: Harper & Row.1971.

MADUREIRA, V. S. F. Os saberes da enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 3, p. 357-360, 2004.

MAIA, A. C. A genealogia de Foucault e estornos fundamentais de poder/saber: inquérito e o exame. In: BRANCO, G. C.; NEVES, B. (Org.). **Michel Foucault: da arqueologia do saber a estética da existência.** Londrina/Rio de Janeiro: CEFIL, 1998

MAIA, A. R. **Competência do indivíduo hipertenso para o auto-cuidado .** 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

_____. **Da ontologia de si a antologia de si:** Diálogo do cuidado de si com a ética de existência. Trabalho da disciplina Filosofia da Ciência e da Saúde. Florianópolis, 2005. Trabalho não publicado.

_____. O cuidado na perspectiva dos clientes atendidos em ambulatório. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.7,n.2, p.289-307, mai./ago, 1998.

MAIA, A. R.; BORENSTEIN, M. S. **Padrões de conhecimento de enfermagem:** ampliando o olhar. Florianópolis, 2007. Trabalho não publicado.

MANCIA, J. R. **Revista Brasileira de Enfermagem e seu papel na consolidação profissional.** 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARIAS, J. **História da filosofia.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

MASSON, V. M. J. Maggie Jone. **Journal of Christian Nursing**, p. 22-4. mar. 1987.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1971.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral.** 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing development.** Philadelphia: Lippincot, 1997.

_____. Revisions in Knowledge development a passion for substance. Scholarly Inquiry for Nursing Practice . **An International Journal**, v.12, n.1, p. 87-94,1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8.

ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MIRANDA, C. M. L. **Os doces corpos do hospital:** as enfermeiras e o poder institucionalizado na estrutura hospitalar: 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.

MOREIRA, Sandra. Florianópolis, 20 Mar. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

MOREY, M. Introduccion: la cuestión del método. In: FOUCAULT, M. **Tecnologías del yo y otros textos afines.** Barcelona: Paidós, 1990.

MORRIS, D. **O macaco nu.** Tradução de Hermano Neves. Rio de Janeiro, São Paulo;Record : 2004.

MORSE, J. et al. Comparative analysis conceptualizations and Theories of caring. **Image: Journal of Nursing Schlarshp**, v. 23, n. .2 p.119-26, 1991.

_____. Concepts of caring and caring as a concept. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 13, n.1 p. 1-14, 1990.

MUNHALL, P. L. Unknowing: toward another pattern of knowing in nursing. **Nurs. Outlook**, v. 41, p.125-8, 1993.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX:** tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

NELSON, S. The fork in the road: Nursing history versus the history of Nursing. **Nursing History Review**, v. 10, p.175-188, 2002.

NEVES, E. P. A construção do saber em enfermagem face a evolução da filosofia da ciência, análise crítica e alternativas. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL, IV. **Anais...** Salvador, 1987.

NEVES, E.; ZAGONEL, I. Pesquisa – Cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 174-179, jan./abr. 2006.

NEVES-ARRUDA, E.; DIAS, L. Pesquisar para assistir. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v 26, n. esp., p.119-24,1993.

NEWMAN, M. Nursing Paradigms and realities. In: _____. **The Nursing Profession: Turning Points.** St. Louis, Mo: Mosby, 1990.

_____. **Health as expanding consciousness.** New York: National League for Nursing, 1994.

_____. Prevailing paradigms in nursing. In: _____. **A Developing discipline.** New York: National League for Nursing, 1995. p.43-54.

NIETSCHE, A.; DIAS, L. P. M.; LEOPARDI, M. T. Tecnologias em Enfermagem: um

saber em compromisso com a prática? In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 1999, Gramado..**Anais..**, Gramado;ABEn/RS, 1999. p. 25-38.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Notas sobre enfermagem**; o que é e o que não é. Tradução da Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NODDINGS, N. **Caring a feminine approach to ethics and moral education**. Berkeley: University of California Press, 1984.

_____. **Caring**: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press, 1984.

ORNELLAS, C. P. **O paciente excluído**: histórias e críticas das práticas médicas. Rio de Janeiro: REVAN, 1997.

OTT, W. P. Bases essenciais para o controle da doença. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose, epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.3-19.

PADILHA, M. I. C. **A mística do silêncio**. A enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: UFPel, 1998.

_____. **A mística da enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro Júlio C. Reis Livr.,1960.

PARSE, R. **Nursing science**: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: WB Saunders, 1987.

PEDRO, J. M. **Mulheres honestas e mulheres faladas**: uma questão de classe. Florianópolis: UFSC, 1998.

PERDIGÃO, A.N. A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: os pressupostos filosóficos. **Análise psicológica**, v. 4, n. 21, p. 485-487, 2003.

PEREIRA, I. **As decaídas**: prostituição em Florianópolis (1900-1940). Florianópolis: UFSC, 2004.

PESAVENTO, S. J. **História & história cultural**. 2 ed. 2 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo:

Annablume, 1998.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão das privacidade do doente : uma questão ético- moral. **Rev. Latino-am Enfermagem** v. 10, n. 3, p. 433-8, mai/jun. 2002.

RADUNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis: UFSC, 2001.

RAMOS, F. R. et al. Foucault e Enfermeria: Arriesgar-se a pensar de outros modos. **Index enfermagem**, 2007.

RAMOS, F. R. S. **Obra e manifesto**: O Desafio Estético do Trabalhador da Saúde. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

RAY, M. A. Philosophical analysis of caring within nursing. In: LEININGER, M.M. **Caring**: an essential human need. Thorofare: Slack; 1981. p. 25-36.

_____. The Theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. **Nursing Administration Quarterly**, v. 13, n. 2, p. 31-42, 1989.

REED, P.G. Toward a nursing theory of self-transcendence: deductive reformulation using developmental theories. **Advances in Nursing**, v. 12, n. 4. p. 64-77, 1991.

_____. Philosophical issues in the Rogerian science of unitary human beings. **Advances in Nursing**, v. 6, n.2, p. 14-23, 1984.

REMEN, R. **O paciente como ser humano**. São Paulo; Summus, 1993.

REVERBY, S. A caring dilemma: womanhood and nursing in historical perspective. **Nursing Research**, v. 36, n.1, p. 5-11, 1987.

REZENDE, A.L. M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, R. L. **A violência contra a criança hospitalizada**: dimensão ética da intervenção terapêutica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ROACH, S.S. **The human act of caring**: a blueprint for the health professionals. Ottawa: Cacadian Hospital Association Press, 1993.

ROSE, P. Science and technology tools in the creation of nursing. In: MARKS-MARAN, D.; ROSE, P. (org.). **Reconstructing nursing**: beyond Art and Science. Londres: Bailliere Tindal, 1997.

ROSSI, M. J. S. **Espaço – poder e saúde**: a reforma Carlos Chagas. 1991. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1991.

SANTA CATARINA. Relatório do Governo do Estado (1935-1945)- Governador Nereu Ramos 1942. Arquivo Público do Estado de Santa Catarina 1943, p. 82.

_____. Relatório do Governo do Estado (1935-1945) - Governador Nereu Ramos, 1939. Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, 1940, p.72.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Acervo do Hospital Nereu Ramos. Florianópolis, 2008.

SANTIN, S. Ética e estética na educação e na saúde. In: POLACK, Y. N. S.; KALLEGARI, D.; GALVÃO, W. J. **Saúde do adulto** - um enfoque multidisciplinar. Curitiba: Pinha, 1999.

SANTOS, M. S. C. **A compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SAWADA, N. O. **O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal**. 1995. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.

SCHIMIDT, W. Michel Foucault: da ética como estética da existência. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n.2, p. 93-102, jul./dez., 1995.

SEYMER, R. Lucy. Florence Nightingale. São Paulo: Melhoramentos, 1989.

SILVA, A. L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL, 1997.

SILVA, Maria Nívea. Florianópolis, 15 mar. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

SILVEIRA, R. S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SIMÕES, S.M.F. Do mundo-do-mais-ou-menos ao universo da precisão: refletindo o cuidar em enfermagem na ótica heideggeriana. **Online Brazilian Jour. Nursing**, v. 1, n. 2, ago.. 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm>>. Acesso em: 12 mai. 2006.

SOARES, João. Florianópolis, 22 fev. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

SOARES, Lolita. Florianópolis, 22 fev. 2008. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

STEPAN, N. L. A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2005. 228 p. (Coleção História e Saúde.

TEIXEIRA, E. R. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 133-135. jan./abr., 2005.

TRAINOR, D. Enlightenment n Nursing.In: SALLY, E.; THORNE, V. E. H.. **Nursing Praxis: Knowledge and Action**. California: Sage Publications, Thousands Oaks, 1997. p. 89-104.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VAGHETTI, H. H. **Ações de saúde do tuberculoso em Rio Grande na década de 40**: a história contada. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

_____. **Do discursos visível à resistência ao poder**: educadora sanitária revela seu trabalho à década de 40 na cidade do Rio de Janeiro. Rio Grande, 2002. Trabalho não publicado.

VIEIRA, Maria Adelaide. Florianópolis, 19 nov. 2007. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

VIEIRA, Martinha. Florianópolis, 07 out. 2001. Entrevista concedida a Miriam Suskind Borenstein. Texto nos Arquivos do GEHCES/PEN/UFSC.

VISINTAINER, Anadir. Florianópolis, 27 nov. 2007. Gravação digital. Entrevista concedida a Ana Rosete Maia.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: resgate necessário. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R., LOPES. M. J. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, J. Caring Theory: a framework for advanced practice nursing. **Advanced Nursing Quarterly**, v. 4, n.1, p. 70-77, 1998.

_____. **Caring science as sacred science**. Phildelphia: F.A Davis, 2005.

_____. **Enfermagem pós- moderna e futura** – Um Novo Paradigma da Enfermagem. PT: Lusociência, 2002.

_____. **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem..PT:** Lusociência, 2002.

_____. New dimensions of human caring theory. **Nurs. Sci. Q.**, v. 1, n. 4, p. 175-181, 1988.

_____. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1988.

_____. **Nursing: human science and human care.** Nawalk, CT: Appleton – Century – Crofts, 1985.

_____. Nursing`s caring-healing paradigm as exemplar for alternative medicine? **Alternative Therapies**, v. 1, n. 3, p. 64-9, 1995.

_____. Nursing`s scientific quest. **Nursing Outlook**, v. 29, n. 7, p. 413-416, 1981.

WATSON, J.; CHINN, P. L. **Art e esthetics in Nursing.** Nova Iorque: National League for Nursing Press, 1994.

WENDHAUSEN, A. L. P.; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.1, p. 133-135, jan./abr., 2005.

WESTRUPP, Apolônia. Tubarão, 20 out. 2001. Entrevista concedida a Anesilda Alves de Almeida. Texto nos Arquivos do GEHCES/PEN/UFSC.

WHITE, J. Patterns of knowing: review, critique, and update. **Adv. Nurs Sci**, v. 17, n. 4, p. 73-86, 1995.

WOSNY, A. M. **A estética dos odores: o sentido do olfato no cuidado de enfermagem hospitalar.** Florianópolis: UFSC, 2002.

ZAGONEL, I. Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da Enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.1, p. 64-81, jan/jun, 1996.

ZOBOLI, E. L. M. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ ccs.ufsc.br
www.pen.ufsc.br

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA/ROTEIRO TESE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM - de Ana Rosete Maia

Questões Principais:

1. Quais eram as práticas de cuidado desenvolvidas pelos cuidadores?
2. Quem eram e de onde vinham as pessoas que praticavam os cuidados de Enfermagem?
3. Quem executava as atividades específicas do cuidado de enfermagem?
4. Como eram as relações de autoridade/mando entre a equipe de enfermagem e a equipe de enfermagem e as irmãs da Divina Providência e com os outros profissionais médicos/farmacêuticos e entre os internados e familiares?
5. Como eram as condições de trabalho/saúde/lazer dos cuidadores de enfermagem?
6. Quais os tratamentos que eram realizados na época para a Tuberculose?
7. Como eram os cuidados técnicos de enfermagem/prática?
8. Quais eram as preocupações/medos/preconceitos dos cuidadores em relação à tuberculose?
9. O que acontecia com o paciente, quando de sua alta?

INSTRUMENTO FUNDAMENTADO NO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO. (Padrões de Conhecimento: Carper; Munhal; White; Chinn & Kramer; Maia)

**Relacionadas ao Padrão Empírico:

1. Qual era a formação exigida dos cuidadores para poder realizar o cuidado?
2. Quem preparava os cuidadores para a realização do cuidado?
3. Havia normas/rotinas/manuais para serem seguidas quando da realização do cuidado?
4. Havia livros/apostilas com orientações de uma maneira de realizar o cuidado de enfermagem?
5. Eram realizados cursos treinamentos/palestras?
6. Os cuidadores sabiam do significado das normas e rotinas?
7. Havia livros de registros dos cuidados realizados?
8. Quem supervisionava as atividades realizadas pelos cuidadores?

9. O cuidado realizado pelos cuidadores era individualizado, considerando as particularidades de cada pessoa (crenças, valores, conhecimento/religião)
10. Como os cuidadores de enfermagem eram escolhidos para as atividades de enfermagem e como eram contratados?
11. Quantas eram as horas que os cuidadores trabalhavam no Hospital? De onde vinham e onde moravam?
12. Os materiais e instrumentos utilizados eram esterilizados, em estufa, autoclave, ou desinfecção com álcool?
13. Como eram feitos os curativos cirúrgicos? Produtos utilizados?
14. Como eram estabelecidos os horários de cuidados?
15. Higiene e conforto/ medicação/alimentação?
16. Como eram as visitas médicas? Eram diárias/tinham acompanhamento da enfermagem?
17. Quanto tempo os doentes ficavam internados? Recebiam visitas de familiares /amigos / periodicidade todo dia/quinzenal/mensal
18. Existiam livros de plantão /ocorrências?
19. Como eram os prontuários dos doentes/papeletas?
20. As irmãs prestavam cuidados de enfermagem?
21. Onde moravam as irmãs?
22. Quais os serviços de apoio existiam no Hospital? Cozinha/nutrição/lavanderia/portaria/transporte/costura/esterilização/centro cirúrgico/capela/administração?
23. Como era a manutenção do hospital? Tinha setor de mecânica/marcenaria /obras/horta/viveiro de aves/jardins.
24. Quantas conduções para transporte o hospital dispunha nessa época: ambulância, carros?
25. Quais eram os cuidados realizados ,quando da morte de pacientes?

****Relacionadas ao Padrão Estético:**

1. Como eram cuidadas as enfermarias dos pacientes? A rotina diária?
2. Com relação aos cuidados com a enfermaria dos pacientes, havia preocupação com a higiene/limpeza/ventilação/arrumação e aparência das camas? Como eram as roupas de cama e cobertores?
3. As roupas/sapatos dos pacientes eram fornecidas pelo hospital? As roupas eram de tamanhos certos ou de tamanho único? Eram integras, desbotadas/cerzidas?
4. Com relação à aparência dos doentes havia preocupação e cuidados com o cabelo/barba, etc?
5. Qual era a cor das paredes/chão/cortinas?
6. Havia preocupação com o ambiente externo/jardins/flores/arvores?
7. Como eram os uniformes/roupas/sapatos/penteados dos cuidadores de enfermagem e dos outros serviços do hospital? Os uniformes eram fornecidos pelo hospital?
8. Existia alguma norma a ser seguida pelos cuidadores em relação a aparência/comportamento/uniforme/modelo?
9. Como era o envolvimento dos cuidadores com o cuidado?
10. Havia preocupação dos cuidadores com o cuidado de si ?
11. Havia algum espaço para a criatividade/intuição/improvisação no cuidado ao doente com tuberculose durante a internação?

****Relacionadas ao Padrão Desconhecido (Munhall)**

1. Como a equipe de enfermagem acolhia os pacientes com tuberculose?
2. A equipe de Enfermagem buscava conhecer o paciente: sobre sua vida/seus medos/crenças/cultura?
3. A equipe de enfermagem demonstrava interesse em saber sobre as crenças espirituais, a condição econômica /social e cultural dos pacientes?
4. Os cuidadores eram respeitosos com as crenças espirituais e práticas dos pacientes?
5. Os cuidadores providenciavam um ambiente de ajuda e reconstituição física e espiritual aos pacientes?
6. Os cuidadores encorajavam as práticas espirituais como parte do processo de autocuidado e reconstituição/*healing*?
7. A equipe de enfermagem provia um ambiente de cuidado e *healing*/reconstituição e compreendia a conexão corpo – mente – espírito?
8. Investigar a dieta dos doentes e quantas refeições diárias?
9. Quem coordenava a equipe e o serviço de enfermagem?

****Relacionadas ao Padrão de Conhecimento Pessoal:**

1. Como os cuidadores se preparavam para realizar o cuidado de enfermagem em relação ao conhecimento técnico de enfermagem, ao seu preparo emocional, ao seu preparo espiritual, ao seu preparo social e cultural? Algum desses tipos de preparo era mais importante do que outro?
2. Como os cuidadores enfrentavam ao realizar o cuidado, os preconceitos/estigma e os riscos da doença?
3. Quais os sentimentos e percepções e significados tinham os cuidadores em relação ao cuidar de pacientes com Tuberculose?

****Relacionadas ao Padrão de Conhecimento Ético:**

1. O cuidado prestado aos pacientes com Tuberculose era realizado com base no dever e obrigação ou havia preocupação com o doente?
2. Como se referiam ao doente? Pelo número do leito, pelo nome/sobrenome, por apelido?
3. Havia preocupação com a privacidade do doente durante procedimentos (banho, trocas de curativo, exames em geral)
4. Quais os direitos e deveres o doente de Tuberculose tinham ao ser internado?
5. Quais os direitos dos familiares?
6. O paciente tinha o direito de decidir e escolher o tratamento, o médico, o tempo de internação?
7. Havia pacientes que se recusavam a tomar a medicação?
8. Quais eram as atitudes e comportamentos da equipe de enfermagem com relação aos familiares (orientações em relação à tuberculose)?
9. Quais eram as atitudes e comportamentos da equipe em relação ao paciente terminal?
10. Havia diálogo/conversa com o paciente sobre a sua doença, evolução e tratamento?
11. Como era o relacionamento da enfermagem e os pacientes com Tuberculose? Era uma relação fraternal/solidária ou de submissão?

****Relacionadas ao Padrão de Conhecimento Espiritual - Religioso:**

1. Como os cuidadores se preparavam para realizarem os cuidados espirituais?
2. As Irmãs da Divina Providência estabeleciam algumas normas ou rotinas relacionadas ao cuidado espiritual?
3. Os cuidadores todos eram de religião católica?
4. Existiam serviços religiosos como missa, novenas...?
5. Quem ministrava a missa? Havia capelão?

****Relacionadas ao Padrão Sócio Político:**

1. Existia alguma associação ou grêmio de funcionários/cuidadores de enfermagem?
2. Os cuidadores tinham conhecimento das políticas de saúde relacionadas à tuberculose?
3. Havia participação ou reuniões com as autoridades de saúde quanto às políticas de controle da tuberculose em Florianópolis?
4. Havia participação da comunidade em relação à Prevenção e ao Controle da Tuberculose

**** Relacionadas ao Padrão Ecológico – Ambiental**

1. Havia preocupações com o meio ambiente/lixo hospitalar/esgoto/expurgo?
2. Qual a importância do ambiente/ar puro/sol no cuidado e na reabilitação dos doentes de tuberculose?

APÊNDICE B - TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ ccs.ufsc.br
www.pen.ufsc.br

TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

DECLARAÇÃO

Eu, _____, estado civil _____, portador da carteira de identidade no. _____, declaro para os devidos fins, que cedo os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no trabalho de pesquisa de Tese de doutorado do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCE) intitulado **“Enfermagem em Santa Catarina em tempos de Tuberculose: Padrões de Conhecimento de Cuidado de uma época (1943-1960)”** da *Dda. Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia* e como orientadora a *Dra. Miriam Süsskind Borenstein*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada, ficando vinculado o controle a esta professora, bem como, ao seu Grupo de Pesquisa.

Abdico dos meus direitos, abdicação que alcança meus descendentes, subscrevo-me atenciosamente.

Florianópolis, de 2007.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL
Fone/fax. (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787
E-mail: pen @ccs.ufsc.br
www.pen.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e estou desenvolvendo a pesquisa intitulada "Enfermagem em Santa Catarina em tempos de Tuberculose: Padrões de Conhecimento de Cuidado de uma época (1943-1960)" - que tem como objetivo geral: Historicizar o cuidado de enfermagem e suas práticas desenvolvidos no tratamento da tuberculose no espaço do Hospital Nereu Ramos, de 1943 à 1960. A importância desse estudo, está fundamentada na necessidade de conhecer e compreender o passado da enfermagem enquanto profissão de cuidado, o seu ser, o seu fazer e o seu saber, da sua prática bem como as relações de poder entre a enfermagem e outros profissionais que aconteceram no espaço do Hospital Nereu Ramos – em Florianópolis, durante a epidemia de Tuberculose nessa cidade. Também, justificamos este estudo pela inexistência de registros que certificam a sua existência e de como aconteceu a sua participação. Tenho a convicção de que este estudo atenderá não apenas minhas inquietações, como também oportunizará a sociedade catarinense desvelar a historicidade da enfermagem e o cuidado praticado neste período histórico. A sua colaboração consiste em participar das entrevistas. Será garantida privacidade, o sigilo, de todas as informações, o nome do informante aparecerá se ele assinar este termo, assim como o uso de imagens fotográficas e gravação de seu relato. Têm total liberdade em desistir da pesquisa no momento que desejar. Este estudo não oferece riscos a quem dele participar. Para qualquer dúvida ou necessidade de contato você poderá me encontrar nos telefones (48) 9622 9248, ou (48) 3234 0034 e e-mail: maia@nfr.ufsc.br

Ana Rosete CR Maia
Assinatura do Pesquisador

Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Assinatura Orientadora

Eu, -----fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: "Enfermagem em Santa Catarina em tempos de Tuberculose: Padrões de Conhecimento de Cuidado de uma época (1943-1960), concordo em participar desta pesquisa e estou ciente que os dados coletados na entrevista serão utilizados neste estudo

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura: _____ RG: _____

APÊNDICE D – INSTRUMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome:

Data e local de Nascimento:

Nome dos pais:

Procedência:

Grau de escolarização:

Estado civil:

Como era a sua vida antes de ingressar no HNR?

Que motivo o levou a trabalhar no HNR?

Quem o encaminhou?

Quando iniciou o trabalho no HNR?

Para que tipo de função foi contratado?

Quem o contratou? Lembra do salário? Ganhavam alguma gratificação/abono/insalubridade?

Quem eram os profissionais que trabalhavam nesta época no HNR?

Em que setor passou a trabalhar e com quem?

O que fazia?

Qual a carga horária de trabalho?

Qual o dia de folga? O que fazia nos dias de folga?

Tinha férias? O que fazia nas férias?

Onde morava? Com quem? Como eram as condições de moradia? Morava no Hospital? Tinha quarto próprio?

Tinha refeitório? Era comum a todos os funcionários?

Tinha sala de chefia de enfermagem?

De onde vinham os doentes?

Como eram as relações com as Irmãs práticas de enfermagem?

Como eram as relações com os médicos?

Como eram as relações com as Irmãs Superiores?

Aconteciam festas/comemorações no Hospital? Quando?

Havia missa? Os funcionários participavam? Eram obrigados a participar?

Outras informações?

APÊNDICE E – DESCRIÇÃO DOS ENTREVISTADOS

ANA COSTA - Nasceu em 26/07/ 1942, no distrito da Tapera do Ribeirão da Ilha-Florianópolis, filha de Carmosina Maria Rangel e de Airton Alberto da Costa. Em relação à sua escolaridade, refere que frequentou a metade do curso superior de biblioteconomia da UFSC. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, trabalhava em casa, com bordados e rendas. Também trabalhou no comércio, em uma Fiambreteria, na rua Mauro Ramos. Com 22 anos começou a trabalhar no Hospital, para substituir uma trabalhadora de enfermagem que havia sofrido um acidente. O início de suas atividades na Enfermagem foi na enfermaria de moléstias infecto-contagiosas (MICA), onde cuidava de pacientes com as doenças infecciosas que apareciam na época, difteria, sarampo, coqueluche, poliomielite, hepatite, tuberculose, sendo que depois foi trabalhar no centro cirúrgico como instrumentadora. Trabalhou seis meses sem contrato de trabalho, recebendo alguma coisa apenas duas vezes. Nesta época, o governo contratava apenas por um ano e o contrato era feito com a Irmã Superiora. Morou sete anos no alojamento (Internato). Trabalhou muitos anos no Hospital, diz ter vivenciado muito das doenças infectocontagiosas naquela época, sendo esta um marco em sua vida. Diz ter passado por todos os setores do Hospital, registro, contas médicas, na falta de funcionário até na portaria. Solicitou em 1993, aposentadoria proporcional. Atualmente, mora no Ribeirão da Ilha, cuida da família e dedica-se aos trabalhos de bordados e rendas.

MARIA ADELAIDE VIEIRA - Nasceu em 23/10/1932, no município de São José, estado civil casada, escolaridade primeiro grau. Antes de começar a trabalhar no Hospital Nereu Ramos, realizava um trabalho de cuidado à saúde junto a comunidade. O médico Djama Neuman vendo seu interesse pela área da enfermagem, ensinou-lhe algumas práticas como injeção, curativo, cuidado em algumas situações de emergências, principalmente com crianças e idosos. Depois destas experiências, trabalhou na Casa de Saúde São Sebastião que também era administrada por Irmãs. Foi indicada e nomeada pelo Estado para trabalhar no Hospital Nereu Ramos. Na época era tudo por indicação política, mas antes foi para a Maternidade Carmela Dutra, onde ficou um pouco tempo. No hospital Nereu Ramos, nesta época não tínhamos muitos direitos, o salário era pouco 10500 cruzeiros. Os direitos só vieram com a Fundação Hospitalar. Antes de trabalhar na enfermagem, passou pela costura, pelo laboratório, onde fazia coleta de sangue dos pacientes, a bacterioscopia e ainda preparava as culturas. Nos casos de acontecerem cirurgias, auxiliava nas transfusões sanguíneas. Fala com orgulho que o Hospital, foi o primeiro em Santa Catarina a realizar uma cirurgia cardíaca. Suas lembranças, emergem que nesta época o funcionário tinha que ter muita dedicação, pois no seu caso, nos dias de folga tinha que vir acompanhar no hospital, os exames de laboratório de culturas. Não morava no alojamento, morava com sua família, pois era casada. Enfatiza a separação e divisão de espaços que existiam no cotidiano da vida do Hospital e dos funcionários como refeitório separado das trabalhadoras mulheres e homens, o refeitório dos médicos, as Irmãs era na Clausura. O relacionamento entre os funcionários, médicos e religiosas e a Irmã Superiora era de muito respeito e disciplina. “Tinha que andar na linha e direito de acordo como as Irmãs queriam e mandavam”, exigiam limpeza, assepsia ao máximo e dedicação ao trabalho. Havia mutirões de limpeza, em que todos funcionários participavam,

geralmente nos finais de semana. Deu destaque às festas realizadas no Hospital: Páscoa, Corpus Christi, Natal, São João. Em suas lembranças expressa uma religiosidade, e que ter trabalhado no Hospital, nesta época a emociona muito as memórias das missas todos os dias. Às 16 horas as Irmãs se retiravam para o Ofício, a oração universal. Demonstram sua valorização pelo capricho e cuidado que as Irmãs davam ao ambiente, o zelo com os jardins e o embelezamento e limpeza das enfermarias. Em sua entrevista, percebi, através do seu depoimento, saudades do passado. Faz referência que o cuidado realizado no passado pelos trabalhadores tinha mais compromisso, solidariedade e humanidade. Sua aposentadoria se deu em 1979, por invalidez. Atualmente, cuida da casa, da horta, do jardim e da saúde de seu esposo que é um pouco frágil e também dá aulas de catequese (batismo e comunhão)

MARIA NÍVEA CUNHA DA SILVA - Nasceu em 22/02/1945, em Santo Amaro da Imperatriz, filha de Adelaide Stanbach e Francisco Atalaia, estado civil, casada, escolaridade primária. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, trabalhou em uma fábrica de bebidas e em uma loja de autopeças. Foi levada para trabalhar no Hospital por sua irmã que trabalhava há bastante tempo neste local. No Hospital começou seu trabalho, na cozinha, lavanderia depois foi para a enfermagem. Começou a trabalhar no Hospital, sem contrato de trabalho, apenas recebia algum dinheiro ao final do mês da Irmã Superiora. Enfatiza que com a incorporação do Hospital pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), melhorou muito, pois passou a ter folha de pagamento, carteira assinada, passou a contar os cursos e certificados. Antes da Fundação, trabalhou quase quinze anos sem direito algum, pois com as irmãs não havia nenhuma gratificação, insalubridade, 13º salário, folgas, férias, só quando as Irmãs deixavam. Começou a trabalhar com 18 anos, e morou 10 anos no alojamento. No início não podia ir em casa, só depois de três meses. Naquela época era tudo difícil. Os ônibus pouco tinham e as estradas muito ruins, quando chovia não passava ônibus. No alojamento convivia com mais ou menos 30 moças. A convivência era muito boa, mas com muita disciplina, no refeitório cada funcionário tinha o seu lugar marcado, cada funcionário tinha sua gaveta com seus talheres. Tinha uma Irmã que ensinava andar/ sentar, portar-se na mesa, pegar corretamente os talheres, até tomar sopa. Tudo tinha uma disciplina, um jeito de se portar e ser da enfermagem, a roupa e o uniforme e o cabelo tinham que estar impecáveis. Lembra que era um tempo muito bom, se fosse possível hoje voltar no tempo, recorda das amizades, da animação, da convivência com os colegas de trabalho e pacientes. Além de suas atividades de enfermagem, participava da organização e das atividades religiosas do Hospital, auxiliando as Irmãs e o padre, era encarregada de bater o sino, acender a vela da missa, ajudar o capelão a se paramentar para a missa, nos terços e novenas, a via sacra, na catequese, no retiro espiritual. Sua participação nas atividades do Hospital era com muita alegria, a qual contagiava a todos. Recorda que trabalhou mais de vinte anos cuidando de pacientes com Tuberculose. É casada com um ex-paciente do Hospital. Conheci suas duas filhas e o esposo no dia em que realizei a entrevista. Foi nomeada apenas em 1964, como atendente de serviços hospitalares (até 1972 executou as funções de auxiliar de enfermagem), e sua aposentadoria foi por tempo de serviço em 1992, na qual recebeu um diploma de honra ao mérito, pois em sua ficha funcional, em todo transcorrer de seu tempo de serviço, só constavam elogios a sua dedicação e envolvimento com as atividades do Hospital.

NADIR VISINTAINER - Nasceu em 27/09/1932, filha de Miguel José Fraga e Maria Fraga, natural de Santo Amaro da Imperatriz, estado civil casada, escolaridade estudou até a 4ª série primária. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, trabalhava em casa e cuidava de sua mãe que era muito doente e também na lavoura. Sua irmã e primas já trabalhavam no Hospital. Veio motivada pelas primas, e pela segurança de ter um salário, um emprego. Lembra as palavras de sua mãe que disse: “Vai filha, isto não é emprego de se perder”. Salientou a dificuldade de ficar os primeiros três meses no alojamento e não poder visitar seus pais, dizendo que isto era para não ter a tentação de não voltar. Uma das experiências marcantes foi na sua chegada, ao fazer o teste PPD. Este deu uma reação muito forte, com muita febre, quase morreu..Com este resultado já foi logo trabalhar na enfermagem, cuidar direto dos doentes com tuberculose. Suas lembranças recaem sobre as atitudes duras da Irmã Superiora “Irmã Enrica”. Referiu que no trabalho, sentia-se às vezes como uma escrava, trabalhava dia e noite, as folgas eram de 15 em 15 dias uma tarde. A folga só acontecia se os doentes estivessem bem, se fosse o contrário, a folga acabava. Diz que o funcionamento do Hospital iniciou com 28 trabalhadores de enfermagem, com três enfermarias de tuberculose com 27 pacientes em cada uma delas, Também tinha uma unidade de outras doenças infecciosas (tétano, tifo, difteria, catapora, sarampo, meningite, entre outras) e mais uma unidade infantil. Ao meio dia referiu que sempre ficava alguém para fazer a ronda da unidade, a enfermagem fazia atividades como banho/higiene, medicação, curativos, injeções e também a faxina da enfermaria e corredores. Traz em suas memórias que começou a trabalhar no hospital com 18 anos, já cuidando de doentes. Suas lembranças do alojamento, direcionam ao controle da “Irmã Libória”, a qual dormia junto no alojamento para cuidar das moças.As que não seguiam as regras eram castigadas ou demitidas. Sua irmã foi mandada embora do Hospital, quando as Irmãs descobriram um namoro. Outro fato marcante em suas memórias do cotidiano do hospital, era em relação às trabalhadoras casadas que eram muito perseguidas pelas Irmãs, e o caso de cinco funcionárias que estavam noivas e foram demitidas. Deu destaque ao relacionamento por vezes difícil dos trabalhadores de enfermagem e as Irmãs. No seu caso não foi demitida, quando casou, pois os pacientes fizeram um abaixo assinado. As responsabilidades com as questões religiosas eram sérias, quem faltasse a missa ou a outra atividade religiosa era chamado pela Irmã Superiora, diz que as Irmãs queriam tornar as trabalhadoras todas “santas”. Enfatizou na entrevista a forma como aprendiam a cuidar, tudo era na prática, vendo as Irmãs ou funcionários mais antigos fazer, sem muita noção de certo-errado. Todo cuidado era movido pela compaixão ao sofrimento dos doentes. Assim Deus a protegia. Lembrou das rotinas e dos rituais, tudo tinha seu jeito de fazer e na hora certa. Ao falar do ambiente, ressaltou a preocupação constante das Irmãs com a limpeza e beleza dos espaços e enfermarias do hospital, bem como a aparência dos pacientes e dos funcionários. Relatou uma de suas preocupações com o cuidado de si, se alimentando bem. Falou que nesta época era dada muita importância ao ar puro, ao verde, ao sol. Percebi muita emoção e sensibilidade, ao rememorar o cuidado que praticou na época ao verbalizar ter sido realizado com muito respeito, humanidade, muita dedicação pessoal e proteção divina. Sua aposentadoria foi por tempo de serviço em 1978.

LOLITA EUGÊNIA DE OLIVEIRA SOARES – Nasceu em 08/04/1933, em Águas Mornas, filha de José Polidoro dos Santos e de Eugênia Cândido dos Santos, estado civil, casada, escolaridade até a 5ª série primária. Antes de trabalhar no Hospital

Nereu Ramos, trabalhava na lavoura e no lar. Veio trabalhar indicada por amigos, pois necessitava trabalhar. Tinha ficado viúva e com dois filhos. Iniciou trabalhando na cozinha, copa e depois foi para a enfermagem. Morou dois anos no alojamento, período muito marcante, pois não podia ver seus filhos, e as Irmãs não aceitavam nesta época, mulheres casadas, quanto mais, viúva e com filhos. Lembra como um período difícil, em que as Irmãs humilhavam muito as trabalhadoras, pois exigiam dedicação total ao trabalho. Nesta época, diz que as mulheres sofriam muito no trabalho, sem muitos direitos mas só com deveres. Rememora a exigência das Irmãs na participação nas atividades religiosas. Diz que quando se aposentou, ficou um tempo sem ir à missa. Ali todos tinham que ser católicos. Relembra a época em que conheceu seu atual esposo, que também era trabalhador de enfermagem, tiveram que namorar escondido até casar. E que lá no Hospital tinham que fingir que não se conheciam, para não causar problemas ou ser demitida. Demonstra ressentimento, pelas Irmãs não terem possibilitado terem realizados cursos de formação de auxiliares, pois com a chegada da Fundação Hospitalar, aqueles que não tinham curso, tiveram que sair da enfermagem e ir para outros setores do hospital. Guarda muitas lembranças das amizades do trabalho e de ter tido condições de criar e sustentar seus filhos, pois ao casar novamente estes vieram morar junto com ela, em uma casa próxima ao Hospital. Foi aposentada por invalidez em 1978. Atualmente cuida do lar e se dedica ao cuidado do esposo, dos filhos e netos.

TEREZINHA LONGEN - Tem 74 anos, filha de Maria Martins Longen e de Nicolau José Longen, natural de Águas Mornas, estado civil casada, escolaridade curso primário. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, trabalhava em casa, na roça. Verbalizou que seus pais eram muito pobres, então foi adotada por uma família que a criou. Referiu que um dos motivos que a levou a trabalhar no Hospital, foi na busca de ter um emprego seguro, mais direitos. Soube do emprego por uma prima que trabalhava neste hospital. Uma das suas lembranças mais intensa foi a entrevista com a Irmã Superiora, na hora da contratação, ao dizer que esta só acontecia, se a Irmã simpatizasse com a pessoa, a forma como esta estivesse vestida, seu jeito/comportamento, expressasse vontade de trabalhar em qualquer lugar do hospital. Quando começou a trabalhar passou pelos setores de limpeza, cozinha, limpeza de corredores. Diz que a exigência e a disciplina imposta pelas Irmãs foram um aprendizado para sua vida, e guarda até hoje em sua vida. Tem lembranças das longas jornadas de trabalho e sem descanso. Expressou memórias do alojamento, lembrando que cada salão tinha mais ou menos 15 camas, com criado mudo e armário para roupas, a pintura era branca de janelas azuis, e este local era também para os dias de folga, pois tinham aquelas trabalhadoras que não saíam para passear ou visitar a família. Nesta época, era muito difícil sair para passear, pois as Irmãs controlavam e trancavam o alojamento à chave. Algumas moças fugiam antes de fechar o dormitório (dormiam em casa de amigas) e retornavam antes de começar o plantão das cinco horas da manhã. Ressalta a relação um pouco difícil das Irmãs com os trabalhadores em razão do controle e da disciplina, com ameaças de demissão, ou troca de setor. Lembra da doença “Tuberculose”, que deixou muitos doentes internados por mais de dez anos e com muitas mortes, pois nesta época muitos pacientes eram resistentes à medicação e famílias inteiras foram internadas pela doença. Ressaltou a postura exigida pelas Irmãs do silêncio e da disciplina. Em suas lembranças, o hospital era uma rotina só, tudo tinha horário e lugar, tudo tinha seu ritual. Salientou que as Irmãs preparavam os trabalhadores para praticarem a religiosidade, apoiar os pacientes fortalecendo a fé e a esperança. Ensinavam a

cuidar de forma humana, com caridade, amor e com muita força espiritual. A entrevistada me mostrou um álbum de fotos da época, de trabalhadores, de pacientes, de médicos, das Irmãs, às quais ilustram este estudo. Ao rever as fotos da época vieram as lembranças e muita emoção e detalhes do cotidiano, o que demonstrou seu envolvimento e dedicação. Ao lembrar dos rituais de cuidado da época, rememora como um tempo marcante de sua vida, onde aprendeu coisas essenciais como organização, disciplina, amorosidade e solidariedade que hoje usa em seu processo de viver. Foi aposentada em 1975, por invalidez. Atualmente cuida de sua família.

JOÃO SOARES - Nasceu em 30/08/34 em Florianópolis, filho de Ricardo Soares de Oliveira e Almerinda Maria Soares, escolaridade 5ª série primária, estado civil casado. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, morava no Abrigo de Menores do Divino Espírito Santo (inaugurado em 1940), ao lado do Palácio da Agrônomo. Com 18 anos começou a trabalhar no Hospital Nereu Ramos, no início foi para os serviços gerais e depois para a enfermagem. Seu contrato foi por dois anos e depois efetivado. Suas lembranças era de um tempo em que trabalhava demais e ganhava muito pouco, sem muitos direitos. Morou no alojamento do hospital por dez anos. Lembra da disciplina rígida das Irmãs e do controle e vigilância da vida dos trabalhadores. Verbalizou sentimentos de ressentimentos em relação às Irmãs por não terem oferecidos cursos de auxiliar de enfermagem, pois quando chegou a Fundação Hospitalar, foi prejudicado, com perdas salariais que repercutiram na hora da aposentadoria. Aposentado em 1990 por invalidez. Mora com sua esposa Lolita Soares, em Florianópolis.

CÁSSIO ANDRADE - Nasceu em Florianópolis na Barra do Sambaqui, Distrito de Santo Antônio de Lisboa, em 05/12/1933, filho de Agenor José de Andrade e Dolana Maria Andrade, escola sabe apenas ler, estado civil, casado. Antes de trabalhar no Hospital Nereu Ramos, trabalhava no Hospital da Marinha e foi encaminhado pelo administrador da época Roberto Lapa Pires, para trabalhar no Hospital. Em suas lembranças guarda a entrevista de admissão com a Irmã Demunde que era a responsável pela Lavanderia, setor em que iria trabalhar mas iniciou na granja, na horta, no cuidado dos porcos e galinhas. Recorda que toda sexta – feira, eram abatidas 100 galinhas e mais alguns porcos, para a alimentação dos trabalhadores e pacientes. A granja referiu ser no local onde é hoje o Hospital Infantil Joana de Gusmão. Na horta eram colhido, feijão, aipim, legumes em geral e verduras e temperos e no pomar muitas laranjas eram colhidas. Foi trabalhar na lavanderia apenas, quando a granja acabou. Suas lembranças da enfermagem e do cuidado da época, era do envolvimento e dedicação dos trabalhadores de enfermagem e os pacientes eram muito bem cuidados. Salientou que as Irmãs eram muito exigentes com tudo até com a limpeza dos chiqueiros e galinheiros. Outro fato que o marcou era o medo de pegar a doença “tuberculose”, mas pela necessidade de ter que trabalhar, se acostumava. Florianópolis, eram poucos os empregos e na maioria das vezes por indicação de políticos, como foi o seu caso, pela UDN. Em suas memórias, verbalizou o grupo de oração das 18 horas no Hospital, pois participavam muitas moças da enfermagem, como também recorda das festas realizadas no Hospital e o espírito de amizade que existia entre os trabalhadores. Contou que na época, ganhava muito pouco e sem muitos direitos, mas para os trabalhadores serventes as Irmãs davam um rancho de alimentos ao final do mês e um conjunto de uniforme por ano. Guarda boas lembranças do período em que trabalhou no

Hospital, pois com este emprego conseguiu educar seus filhos, hoje todos formados com curso superior. Sua aposentadoria, como Assistente de Serviços Gerais, foi em 1993, por tempo de serviço.

ISAAC LOBATO - Nasceu em 07/08/1924, na cidade de São Bento, no Maranhão, filho de Isaac Napoleão Lobato e Martiniana Costa Lobato. Médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1948. Em 1949, fez um curso no Serviço Nacional de Tuberculose, ministrado pelo Doutor Rafael de Paula Souza. Salientou em sua entrevista que fez este curso com dedicação exclusiva durante um ano. Um fato que é importante registrar que verbalizou que no Rio de Janeiro, nesta época existia um movimento forte de políticas públicas para combater a Tuberculose. Em 1950, conheceu o Governador de Santa Catarina Aderbal Ramo da Silva, que estava internado no Rio de Janeiro com Tuberculose. O Governador recuperou-se da Tuberculose, mas precisava de um médico Tisiologista para acompanhar o seu tratamento. Convidou então, o Doutor Lobato. Mudou-se para Florianópolis em 1950, com um contrato especial, oferecendo um salário alto para um médico na época, aqui na capital. Suas lembranças levam a uma Florianópolis provinciana, com pouca infraestrutura de cidade. Suas memórias se dirigem para o Hospital Nereu Ramos, quando de sua chegada em 1950. Era um hospital muito limpo, cuidado pelas Irmãs, mas doentes de tuberculose não recebiam tratamento específico para a doença. Estavam abandonados à própria sorte. Solicitou ao Governador dois medicamentos que existiam a época para o tratamento a Estreptomicina e o PAS. Também implantou o Pneumotórax Intra Pleura. O Hospital tinha um Centro Cirúrgico precário, não tinha anestesista na cidade, nem Banco de Sangue. As anestésias gerais eram feitas por Irmãs com Éter. Conta que convenceu seu colega, Doutor Danilo Duarte Ferreira a ir ao Rio de Janeiro, fazer Residência em Anestesia e montasse o Banco de Sangue do Hospital Nereu Ramos. Lembra de outro fato, a doação de sangue consegui com os marinheiros e com os sentenciados da Cadeia Pública de Florianópolis. Assim iniciaram as cirurgias torácicas, e mais tarde as cirurgias cardíacas. Em 1963, o Hospital contava com Serviço de Cardiologia, Serviço de Diagnóstico de Câncer Ginecológico, Serviço de Hemoterapia. Serviço de Hemodinâmica. Criamos a Residência em Cardiologia no Hospital. Recorda do esquema de controle e disciplina que a Irmã Superiora Enrica, inspirava em todos, e na imposição religiosa, pois ele se dizia ateu e foi convencido pelas irmãs à batizar seus filhos. Verbaliza que o cuidado naquele tempo existia mais compromisso com os doentes. Sua participação foi importante para a criação da Faculdade de Medicina onde foi professor. Foi Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Está aposentado desde 1991, mas até novembro de 2007 ainda clinicava em seu consultório.

CID GOMES - Nasceu em 10/10/1929 em Criciúma /SC, filho de João Gomes e Olízia Gomes, é médico Tisiologista, estado civil, casado. Trabalhou no Hospital Nereu Ramos, de 1955 a 1960, como médico contratado e mais tarde fez concurso para o Estado. Em 1957, fez especialização em Pneumologia pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro. Sua participação na luta da Tuberculose na época deu-se em treinamentos de pessoal e na área de saúde pública no acompanhamento pós alta hospitalar no Departamento de Saúde Pública. Suas lembranças dirigem-se ao tempo em que havia muitos doentes para internar, mas não existia ainda o Hospital Nereu Ramos, e participava da comissão de triagem de doentes para a internação. Está aposentado, mas continua trabalhando na Diretoria de Vigilância

Epidemiológica/ divisão de AIDS, onde continua ministrando e organizando treinamentos em todo Estado.

OUTRAS ENTREVISTAS REALIZADAS UTILIZADAS COMO FONTES DO ESTUDO.

Apolônia Westrupp (Irmã Jovina) - entrevista realizada por Anesilda Alves de Almeida Ribeiro em 20/10/2001.

Danilo Duarte - (médico) realizada, por Miriam Suskind Borenstein em 21/10/1997.

Martinha Vieira - (auxiliar de enfermagem) realizada, por Miriam Suskind Borenstein em 07/10/2001.

Irmã Bernaldina - entrevista realizada em 03/06/92. Acervo Hospital Nereu Ramos, 2008.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
 TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 337/2007

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: “Enfermagem em tempos de Tuberculose: Iluminando o cuidado – uma história da década de 40 a 60.

Área: Enfermagem

Pesquisador Responsável: Miriam Süskind Borenstein

Pesquisador Principal: Ana Rosete Camargo Rodrigues Maia

Data da coleta dos dados: novembro a dezembro de 2007

Instituição em que será realizado o estudo: Hospital Nereu Ramos

II – OBJETIVOS

Gerais: Historicizar o cuidado de enfermagem e suas práticas desenvolvidos pelos cuidadores de enfermagem aos pacientes acometidos pela Tuberculose e as relações de poder entre a equipe de enfermagem e com outros profissionais desenvolvidos no tratamento da tuberculose no espaço do hospital Nereu Ramos, de 1943 à 1960.

III – SUMÁRIO DO PROJETO: Trata-se de um projeto de doutorado na área de enfermagem por meio da pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. Participarão do estudo aproximadamente 20 participantes que serão as fontes históricas sobre o contexto das práticas de cuidado de enfermagem no período de 1943 à 1960 no hospital Nereu Ramos. Serão entrevistados cuidadores de enfermagem, auxiliares de enfermagem, religiosas, funcionários, capelão, médicos, administradores, entre outros que participaram do contexto histórico. Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada que serão gravadas e transcritos para posterior análise por meio do referencial teórico de Michael Foucault. Também serão utilizados atas, relatórios, regulamentos, etc.

IV – COMENTÁRIO: A pesquisa proposta tem relevância científica e social. O tema faz parte da linha de atuação dos pesquisadores. O protocolo da pesquisa contém os documentos necessários para sua análise e exigidos pela legislação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está adequado.


V – PARECER CEP:

(X) aprovado

Parecer:

Tendo em vista o exposto, somos de parecer favorável a aprovação do referido projeto.

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 26 de novembro de 2007.


 Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.


ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Nereu Ramos

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: *Enfermagem em Tempos de Tuberculose: Iluminando o Cuidado – Uma História da Década de 40 a 60*, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 25 de outubro de 2007.


Dr. João Batista Bonrassiss Jr.
CRM 697 - Matrícula 240680-2-01
Gerente Técnico
Hospital Nereu Ramos

Rua Rui Barbosa, 800 - Agrônoma - CEP: 88025.301
Florianópolis/SC - e-mail: hnrta.saude.sc.gov.br
FONE: (048) 3216.9300 FAX: (048) 3228.5333



Este documento é de propriedade do Estado de Santa Catarina. É proibida a reprodução sem autorização prévia.